

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA

PATHOGÉNIE DES TROUBLES PSYCHIQUES

EXAMEN CRITIQUE D'UNE HYPOTHÈSE

(Les auto-intoxications dans les Maladies mentales)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Mars 1896, à 3 heures

PAR

Achille SANTENOISE*Né à Frizon (Vosges), le 5 Mars 1871.*

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *Président.*
SCHMITT, professeur.
HAUSHALTER, agrégé.
ZILGIEN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
SUR LA
PATHOGÉNIE DES TROUBLES PSYCHIQUES
EXAMEN CRITIQUE D'UNE HYPOTHÈSE
(Les auto-intoxications dans les Maladies mentales)

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Mars 1896, à 3 heures

PAR

Achille SANTENOISE

Né à Frizon (Vosges), le 5 Mars 1871

Examineurs : { MM. BERNHEIM, Président.
SCHMITT, professeur.
HAUSHALTER, agrégé.
ZILGIEN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PÉRENT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr. libre, ch. du c.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. ZILGIEN.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A O.	GUILLOZ.	JACQUES.
FÉVRIER, A O.	FROELICH.	LAMBERT.
ETIENNE.		

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, I O,
VAUTRIN, A O, REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0026

PLAN

I. — Avant-propos.

II. — Introduction. — Coup d'œil historique et critique.

III. — Chapitre premier. — Les phénomènes physiques et les phénomènes psychiques. — Leurs rapports.

IV. — Chapitre II. — Pathogénie de la folie. — Hypothèses.

V. — Chapitre III. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales. — Construction de l'hypothèse. — Ses moyens de vérification.

VI. — Chapitre IV. — Hypothèse des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Les faits.

VII. — Chapitre V. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales. — Hypothèses connexes. — Conséquences pratiques.

VIII. — Chapitre VI. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales. — Conclusions.

AVANT-PROPOS

Ce travail est avant tout, et presque exclusivement, un travail de critique et de dialectique, et voici comment il a pris avec le temps ce caractère que nous ne pensions pas lui donner d'abord. Ayant fait une étude spéciale de la médecine mentale, nous y avons rencontré chemin faisant une hypothèse ingénieuse : la théorie des auto-intoxications. Cette question nous a intéressé, et nous nous sommes attaché à son étude ; mais, à mesure que nous approfondissions le sujet, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que, pour se reconnaître dans ce complexe de phénomènes et savoir se diriger dans leur étude, il est absolument nécessaire d'avoir un point de direction déterminé d'avance, autrement dit il importe d'avoir des principes directeurs et des idées *à priori*. Ce sont ces idées que nous a suggérées la réflexion, que nous exposons d'abord, au risque d'encourir le reproche d'abuser de l'esprit de système. Nous appliquons ensuite ces idées à l'examen critique de la théorie des auto-intoxications, et voici à cet effet, la marche que nous avons suivie.

Nous avons d'abord échafaudé l'hypothèse des auto-intoxications dans les maladies mentales; nous en avons ensuite déduit logiquement toutes les conséquences possibles, ce qui nous a permis de voir quels pouvaient être ses moyens de vérification. De ces moyens, nous avons retenu ceux qui étaient praticables : nous avons vu que ces moyens avaient été employés. Enfin nous avons examiné les résultats obtenus, et nous en avons tiré les conclusions certaines et les conclusions probables.

On nous reprochera certainement de n'avoir pas fait assez de recherches personnelles, de n'avoir pas donné d'assez nombreuses observations et expériences. D'abord le temps et les circonstances ne nous ont pas permis de nous livrer à un travail bien étendu. Et puis, eussions-nous pu le faire, à quoi bon ? Tout cela était fait, et nous arrivions trop tard. Employant les mêmes procédés que nos devanciers et dans les mêmes conditions, nous eussions obtenu les mêmes résultats. Pour trouver du neuf, il faut user de procédés inédits : la chose n'était pas à notre portée. Néanmoins, nous avons cherché à vérifier les résultats déjà obtenus. Mais notre ambition a été surtout de nous poser le problème d'une façon aussi précise et aussi logique que possible et de nous rendre compte de l'état actuel de la question. Aussi bien nous semble-t-elle avoir été abordée et traitée d'une façon un peu confuse et sans sys-

tématisation ; nous avons cherché à y introduire un peu de clarté : nous craignons de n'y avoir pas réussi (1).

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous nous ferons un devoir et surtout un plaisir de remercier tous nos maîtres de la Faculté, en particulier M. le Professeur Bernheim, dont nous avons vivement apprécié la clinique et surtout la critique médicale. M. le Professeur Schmitt, dont nous avons eu l'honneur d'être le préparateur, et dont nous n'oublierons jamais l'enseignement magistral, ainsi que les savantes et aimables causeries du laboratoire.

Nous sommes heureux aussi d'exprimer ici toute notre sympathie pour notre chef de service, M. le Docteur Pâris, qui nous a toujours témoigné la plus affectueuse bienveillance et dont les conseils nous ont été très utiles.

(1) Nous avons conscience de ce que notre travail a d'incomplet et d'inachevé. Si le temps nous l'avait permis nous aurions approfondi davantage certains points, sur lesquels nous avons glissé trop rapidement. Nous eussions émoussé certaines idées trop absolues, assoupli certains raisonnements trop rigides, etc.

INTRODUCTION

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE.

Une science est d'autant plus intéressante que son objet nous touche de plus près ; à plus forte raison, si cet objet est nous-mêmes. Aussi la médecine est-elle de toutes les sciences la plus intéressante.

Mais la médecine est vaste, et s'occupe de l'organisme entier ; et l'organisme se compose de nombreux appareils et organes coordonnés et subordonnés. Or, dans cette hiérarchie, le cerveau occupe incontestablement la première place. Si nous sommes un estomac qui digère et un poumon qui respire, un foie qui sécrète et un rein qui excrète, nous sommes surtout et avant tout un cerveau qui pense, qui sent et qui veut ; de sorte qu'on pourrait dire, en variant une expression célèbre, que l'homme est un cerveau servi par des organes. Donc la science qui s'occupe du cerveau et de l'activité cérébrale, normale ou pathologique, est celle qui doit nous intéresser le plus, et cette science est la médecine mentale.

D'où vient cependant l'abandon dans lequel on la tient généralement dans le monde médical ? Je ne veux pas en approfondir les raisons et me demander si, par exemple, ce ne serait point parce que « l'honneur et le gain qu'elle promet » pour me servir d'un mot de Descartes, sont insuffisants pour convier les médecins à l'étudier. Toujours est-il qu'il n'y a que les aliénistes et les psychologues de la nouvelle école (Ribot, Janet, Soury, etc.) qui s'en occupent.

Et non seulement on néglige la médecine mentale, mais tous les jours on l'accuse, avec raison, c'est vrai, de ne pas avancer, et d'être en retard sur sa voisine, la médecine physique.

Que la médecine mentale soit en retard sur la médecine physique, il n'y a là rien qui doive nous étonner. La médecine physique, en effet, a pour objet des phénomènes physiques ; tandis que la médecine mentale étudie les phénomènes psychiques. Or ces derniers, nous le verrons, ont les premiers comme conditions d'existence. Donc ils ne peuvent être étudiés avantageusement, que si les autres sont déjà parfaitement connus.

Passe encore, dit-on, que la médecine mentale reste en arrière de la médecine physique ; mais, tandis que celle-ci fait des progrès continuels, celle-là marque le pas et piétine sur place. Ce reproche est plus grave, et mérite qu'on s'y arrête.

Nous voyons, en effet, qu'en ce siècle la médecine

cine physique s'est enrichie d'une foule de découvertes importantes et fertiles en applications pratiques ; parmi elles, nous ne citerons que la principale : celle des microbes, et de leur rôle pathogénique. En regard de cela, que trouvons-nous dans la médecine mentale ? Rien, ou presque. Nous n'avons guère de notions plus précises et plus étendues que les anciens sur les maladies mentales. Sans remonter aux vieux ouvrages d'Arétée, Celse et autres, qu'on lise le livre d'Esquirol et le traité le plus récent sur les maladies mentales, on ne trouve rien d'*essentiel* de plus dans le dernier que dans le premier (exception faite pour la paralysie générale) (1).

On remanie bien, il est vrai, et très souvent, les groupes nosologiques : on a notamment fait une classe à part de la dégénérescence, comme si toutes les maladies mentales n'étaient pas de la dégénérescence, innée ou acquise (2). On tourmente et on renouvelle tous les jours les classifications : chaque auteur en possède une. On crée même de nouvelles formes morbides, trop de formes, chacun voulant avoir la sienne, si fruste soit-elle (délire de nég-

(1). Pour atténuer ce que cette critique peut paraître avoir d'exagéré, nous devons dire que nous nous plaçons ici uniquement au point de vue du mécanisme des phénomènes, c'est-à-dire de la physiologie pathologique, c'est d'ailleurs ce que nous développerons plus loin. Il est bien certain que les travaux de Morel, Saugère, Falret, Magnan, pour ne citer que les principaux, ont eu une grande importance au point de vue clinique et pratique.

(2) Nous reconnaissons néanmoins la valeur objective du groupe morbide des dégénérés. Peut-être un autre nom conviendrait-il mieux ?

tion), ou tout au moins on donne aux formes morbides anciennes des appellations nouvelles et variées [(ainsi l'une d'elles n'a pas moins de cinq noms différents : c'est la folie périodique, dont les synonymes sont : folie intermittente (Magnan); folie à forme alterne, folie à double forme (Bailarger), folie circulaire (J. P. Fabret); que sais-je encore ?] Quelle abondante et riche terminologie n'a-t-on pas aussi pour désigner, par exemple, toutes les manies ou phobies des dégénérés ! Pui-sons dans le tas, et nous trouvons : la dipsomanie, la kleptomanie, la pyromanie, l'onomatomanie, ou bien, l'algophobie, l'aptophobie, l'aichmophobie, la la bélérophobie, la trichophobie, l'acarophobie, l'acrophobie, la cremnophobie, l'ouranophobie, la thalassophobie !

Ah qu'en termes galants ces choses-là sont dites !

Quelquefois même on ne se donne plus la peine de donner aux mots une apparence française ; mais on les transpose directement des langues anciennes (*anoïa paranoïa*), sans doute pour leur donner une allure plus imposante.

Il n'est pas jusqu'au style lui-même qui n'ait subi l'influence de ce besoin de rénovation. Au lieu des anciennes descriptions cliniques, ternes et froides, néanmoins exactes, les auteurs nous donnent maintenant de véritables morceaux littéraires, émaillés d'images pittoresques, où l'on nous montre le champ de la conscience se retrécissant,

l'arbre de la dégénérescence s'épanouissant en rameaux touffus, ou bien des bouffées délirantes aux couleurs variées, qui viennent se greffer sur le fonds de la déséquilibration mentale. O Molière !

Nous ne nions pas, cependant, que les classifications actuelles ne soient plus rigoureuses que celles d'antan, ni que les expressions nouvelles ne soient, quelquefois, plus exactes ou plus heureuses que les anciennes. Nous ne contestons pas, par exemple, que l'une des monomanies d'Esquirol n'ait été avantageusement remplacée par le délire de persécution de Lasègue, qui lui-même a été détrôné à bon droit par le délire systématisé chronique à évolution progressive de Magnan. Mais somme toute, qu'importe tout cela ? Qu'importe qu'on ait remis à neuf le vieux cadre nosologique avec ses compartiments et ses étiquettes (les anciennes étant, il est vrai, par trop usées et démodées), qu'importe si son contenu reste le même ? Peut-être s'est-on fait illusion et a-t-on voulu se donner le change : inventant des noms nouveaux, on s'est imaginé créer des idées nouvelles. — On s'est trompé. On a perdu son temps et sa peine ; on s'est agité en vain en de stériles disputes, renouvelées de la scolastique, sur la valeur à donner à un mot ou sur l'étendue plus ou moins grande à attribuer à un groupe morbide. On a encombré la science d'une multitude de noms, simples *flatus vocis*. Certes le dictionnaire scien-

tifique en a été enrichi et considérablement grossi, mais a-t-on pour cela trouvé un seul phénomène nouveau ? A-t-on découvert une seule loi nouvelle ?

Cependant nous aurions tort de dire que la médecine mentale n'a fait aucun progrès. Si, elle en a fait, et de considérables, mais des progrès tout négatifs, il faut bien le dire. Le temps nous a débarrassé d'une foule d'erreurs qui, simplement grossières et ridicules en elles-mêmes, n'en étaient pas moins très funestes par leurs conséquences. L'étude des phénomènes psychiques semble, en effet, avoir eu plus que toute autre branche de la science, le triste privilège de provoquer cette maladie de l'esprit humain qu'on appelle l'erreur. L'histoire de la médecine mentale ne nous en donne que trop la preuve.

Je signale, en passant, cette opinion du moyen-âge, qui considérait la folie comme due à l'intervention des légions diaboliques qui, échappées de l'enfer, s'acharnaient à détourner l'homme de la voie divine. Le fou devenait alors un possédé, qu'on traitait par les exorcismes et les flammes du bûcher. Il y avait, il est vrai, une compensation : d'autres fous étaient regardés comme animés de l'esprit divin et vénérés comme tels. Beaucoup de grands saints ont été de grands fous. Il ne serait pas difficile d'en citer des exemples.

Je rappellerai aussi, sans la qualifier, la fameuse

théorie de l'Allemand Heinroth, qui pourtant vivait dans notre siècle. D'après cet auteur, la folie est le résultat de la perversité et de l'immoralité, l'erreur, le péché. C'est une maladie de l'âme, à laquelle les organes et le corps sont complètement étrangers ; qui ne peut être héréditaire, puisque l'âme ne l'est pas, et dont les meilleurs préservatifs sont dans la crainte de Dieu, et l'observation des préceptes de la religion ! Dans ce système, le fou n'est plus un malade, mais un coupable, et doit être traité comme tel. Et ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, mais c'était bien une réalité avant la réforme de Pinel, qui, suivant l'expression consacrée, vint briser les chaînes des aliénés. Qu'on lise la description lamentable que donne Pariset des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, à la fin du XVIII^e siècle : « Les bâtiments étaient inhabitables. Les hommes y croupissaient couverts de fange, dans des loges toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de jour, et meublées seulement d'un lit de paille, qu'on renouvelait rarement, et qui bientôt devenait infect ; repaire affreux où l'on se ferait scrupule de placer les plus vils animaux. Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques, étaient à la merci des infirmiers que l'on tirait de la prison. Les malades étaient chargés de chaînes, et garottés comme des forçats. Ainsi livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus cruels traitements, qui

leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements, que rendaient encore plus effrayants le bruit de leurs chaînes. »

Qu'on nous pardonne cette trop longue citation. Elle est toujours bonne à répéter, car elle nous montre quelle portée sociale peut avoir une théorie fausse en médecine mentale.

Voilà des erreurs disparues, qui, grâce à Dieu, n'appartiennent plus qu'au domaine de l'histoire. Mais jetons un coup d'œil sur le temps présent : que d'hypothèses absurdes et grossières, que de simples rapports de coïncidence érigés en lois causales ! Si la phrénologie de Gall et Spurzheim est tombée dans l'oubli, si l'on ne nous montre plus la bosse de la vénération chez le mouton, celle de la musique et des sentiments religieux chez l'oie, on n'a pas été bien loin de découvrir chez plusieurs de nos semblables la bosse du crime. Nous avons vu, en effet, de savants professeurs nous affirmer que la caractéristique du criminel était d'avoir quatre circonvolutions frontales comme les grands carnassiers. On prétend maintenant diagnostiquer un criminel, avec sa variété, voleur ou assassin, par la couleur des yeux ou des cheveux, par l'épaisseur des lèvres, par le volume de la mâchoire inférieure, par la forme du nez ou des oreilles. Sans doute, à notre avis, du moins, tout criminel, quel qu'il soit, est un dégénéré, et beaucoup d'entre eux, qu'on nous passe ce mot

vulgaire, n'ont pas une tête comme tout le monde.

Mais vouloir créer un type uniforme de criminel, chercher dans une organisation physique défectueuse et toujours la même, la cause nécessaire et suffisante de ce fait social, le crime, dont les conditions sont si nombreuses et si complexes, c'est là une entreprise chimérique ; c'est un problème mal posé qui, par suite, n'est susceptible d'aucune solution. Aussi, que de contradictions dans les statistiques dressées par les anthropologues ! D'après celles-ci, l'assassin serait brachycéphale et le voleur dolichocéphale, l'assassin aurait le nez crochu, le voleur l'aurait retroussé ; mais alors, comment se fait-il que la plupart des criminels débutent par le vol et finissent par l'assassinat ? Le voleur change-t-il de nez en devenant assassin ? Le criminel est grand et lourd, disent les uns ; ni grand ni lourd, répliquent les autres. La capacité crânienne est inférieure pour ceux-ci, égale ou supérieure pour ceux-là. L'homicide a le bras plus long dans certains pays, plus court dans d'autres, ou bien encore tantôt plus long et tantôt plus court. Singulier type, car enfin qu'est-ce qu'un type, sinon un caractère qui permet de distinguer, soit un groupe, soit un individu, d'un autre groupe et d'un autre individu ? La même divergence éclate lorsqu'il s'agit des crânes pointus, des oreilles à anse, du strabisme, des dévia-

tions du nez, de l'asymétrie faciale et de cinq ou six autres anomalies.

Nous ne discuterons pas l'hypothèse de la même école (car il s'agit bien d'une école, nombreuse et puissante) qui voit dans le criminel, non pas seulement un arriéré, un trainard de l'armée civilisée en marche, mais un néo-sauvage ou un néo-barbare, un revenant, ou, comme on dit, une « réapparition ancestrale ». Mais comment concilier cette théorie de la régression atavique avec la théorie de l'état épileptoïde de la même école ? Car on n'ignore pas que l'on a voulu voir aussi dans le criminel un épileptique. On en arrive alors à conclure que ces ancêtres historiques ou préhistoriques, étaient eux-mêmes des épileptiques, des dégénérés ; à moins qu'on ne soutienne qu'il est faux que l'homme criminel soit un être anormal et dégénéré : et c'est ce qu'a fait un disciple éminent de l'école en question. Pour lui, l'être anormal, c'est l'homme honnête. En effet, tous les organismes ravagent, pillent, assassinent et font ce qu'ils peuvent pour leur [avantage, sans mélange de sentiments altruistes. Qu'est-il arrivé ? Les hommes, ces singes inférieurs, se sont décidés à une certaine époque de leur développement philogénétique, à ne plus vivre solitaires, et à former un état : à partir de ce moment, ils ont dû cesser d'agir comme la grande majorité des organismes, c'est-à-dire que chacun d'eux a été contraint de garder certains égards envers les autres membres

de l'Etat. Les hommes anormaux, c'est-à-dire les hommes honnêtes, tuent et punissent les hommes normaux, précisément parce que ceux-ci ne veulent pas se laisser anormaliser.

Voilà la théorie avec toutes ses conséquences, et celles-ci ont été sérieusement et scientifiquement soutenues.

Comment encore qualifier ce paradoxe, par lequel on prétend établir que le génie, cette manifestation éclatante de l'intelligence humaine, est une variété de l'épilepsie larvée, au même titre que le crime ? Ce ne sera pas, pour la postérité, l'une des moindres aberrations de l'esprit « scientifique » contemporain que d'avoir englobé dans une même catégorie les plus grands hommes et l'ignoble population des prisons et des bagnes. Cette épilepsie larvée, qui mène à tout, qui fonde des religions ou des empires, qui crée des chefs d'œuvre immortels, en même temps qu'elle enfante des escrocs et des meurtriers, apparaît comme une véritable imagination, plus bizarre et plus conjecturale que les autres. Sans doute, et malheureusement, quelques hommes de génie ont été épileptiques ; mais, s'ils ont eu du génie, est-ce à cause de leur épilepsie, ou malgré leur épilepsie ?

Mais nous nous sommes égarés assez longtemps dans les paradoxes de l'école italienne de Lombroso, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Passons à une autre, dont le retentissement a été moins grand, mais qui n'en a pas moins été très

florissante. Aussi bien les questions qu'elle agite n'ont pas l'importance sociale des précédentes ; toutefois l'intérêt qu'elles présentent n'en est peut-être que plus vif et plus attrayant. En effet, tandis que la première école se borne à une patiente, minutieuse et longue observation, celle-ci nous donne le spectacle d'une brillante expérimentation. Ici, on ne mesure plus des nez et des oreilles, on ne prend plus des diamètres et des indices céphaliques ; on ne pèse plus des cerveaux ; on ne construit plus de laborieuses statistiques, mais on produit des phénomènes extraordinaires et merveilleux. Les uns (1), au moyen d'une couronne aimantée, opèrent le transfert de l'état mental d'un individu à un autre ; d'autres (2) par la concentration de la pensée et de la volonté, endorment un sujet à une distance de plusieurs kilomètres, et lui font toutes les suggestions possibles ; on a décrit aussi une foule de détails, des transmissions de pensées et d'émotions à travers des espaces immenses, et les savants ont donné à ces faits le nom « d'hallucinations télépathiques ».

Tels sont ces phénomènes merveilleux que notre temps a vus naître. Plus merveilleux et plus extraordinaires encore sont les hypothèses que des gens ont émises pour les expliquer. Si nous ne craignons de nous égarer et de perdre notre temps, nous nous plairions à les discuter ; mais nous

(1) Luys

(2) Pierre Janet.

préférons revenir sur un terrain plus solide et certainement plus scientifique (1).

De toutes ces considérations, qu'on nous accusera peut-être d'avoir trop développées (c'est que la question nous tenait à cœur), de tout cela nous semble découler la conclusion suivante : il est absolument nécessaire, pour aborder l'étude des phénomènes psychiques en général, des phénomènes psychiques morbides en particulier, d'avoir une méthode rigoureuse et précise ; celle-ci devra nous permettre, sinon de découvrir la vérité, tout au moins d'éviter l'erreur, ce qui est déjà un résultat satisfaisant. Nous aurions donc besoin d'un « Discours de la Méthode » en médecine mentale. Seul, un maître expérimenté pourrait avoir la prétention de nous le donner. Quoi qu'il en soit, quiconque aborde l'étude des phénomènes psychiques morbides ne peut se dispenser, s'il veut le faire consciencieusement, d'adopter, pour son propre compte, certaines idées à priori et certains directeurs qui puissent le guider dans cette recherche. Ayant entrepris l'examen d'une théorie très en vogue actuellement, nous avons éprouvé nous mêmes cette nécessité : qu'on nous permette donc d'exposer, à ce propos, le résultat de nos réflexions, aussi médiocre qu'il puisse être.

(1) On pourra s'étonner qu'à propos de médecine mentale nous parlions de télépathie et autres choses analogues : c'est que ces phénomènes seraient des phénomènes psychiques, voire même des phénomènes psychiques morbides : or, rien de ce qui est psychique ne peut être étranger à la médecine mentale.

CHAPITRE PREMIER

LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES ET LES PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES : LEURS RAPPORTS.

La médecine mentale est la science des phénomènes psychiques morbides. Ceux-ci, et aussi bien les phénomènes psychiques normaux (la science d'ailleurs néglige la distinction du normal et du pathologique) ont pour concomitants constants et invariables des phénomènes physiques, connus ou supposés (mouvements cérébraux), qui en sont la condition nécessaire et suffisante. Il n'y a pas de phénomène psychique sans concomitants physiques.

D'autre part, les phénomènes psychiques ne jouent pas les uns vis-à-vis des autres le rôle de cause efficiente. Et d'abord nombreux sont les cas où ces phénomènes nous apparaissent comme dissociés : ainsi dans le rêve, dans l'ivresse, et dans cet état mental qu'on appelle la manie, où les idées sont, comme on dit, incohérentes. Souvent, nous voyons surgir dans le champ de notre conscience une idée que nos phénomènes psychi-

ques antérieurs (sensations, souvenirs, etc.) ne préparaient nullement. Cette idée sort, comme on dit, de notre inconscient. Dans ces cas il est évident que les phénomènes psychiques n'ont pas les uns avec les autres de relations de cause à effet.

Il en est de même, malgré les apparences, lorsque les phénomènes psychiques sont liés dans la conscience. Lorsque nous disons qu'une sensation ou un groupe de sensations éveille en nous certains souvenirs, lesquels produisent un sentiment de joie ou de tristesse, ces phénomènes psychiques nous apparaissent comme une série de causes et d'effets. On a même, à ce sujet, formulé une loi : la loi de l'association des idées. Mais c'est là une illusion. Les phénomènes psychiques coexistent ou se succèdent sans avoir les uns sur les autres la moindre influence provocatrice (1).

C'est dans leurs concomitants physiques hypothétiques (vibrations cérébrales), qu'il faudrait chercher la série des causes et des effets. Les phénomènes conscients ne sont qu'une fantasmagorie, dont les images ont bien entre elles des rapports de coexistence et de succession, mais dont l'agent

(1) Les phénomènes psychiques ne peuvent donc s'expliquer par eux-mêmes. Aussi la méthode psychologique pure ne peut-elle avoir aucune valeur dans la recherche de la pathogénie des maladies mentales. — Sans doute, on pourra faire des analyses psychologiques plus pénétrantes et plus sagaces, comme Ribot a commencé à le faire dans ses livres si clairs et d'une lecture si attachante sur les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité. — Mais on ne sortira jamais ainsi de la pure description, et l'explication causale restera toujours à trouver.

producteur reste caché. Ils sont l'envers des phénomènes physiques ou, si l'on veut, ils leur sont surajoutés, ils sont un surcroît, mais un surcroît inefficace et improductif ; nous dirions volontiers qu'ils sont un luxe. Ils ne sont pour les phénomènes physiques que des compagnons d'occasion et sans influence, comme l'ombre qui s'attache aux pas du voyageur.

Ce n'est donc que par métaphore qu'un éminent philosophe contemporain (Fouillée) nous a parlé d'*idées forcées*. Ce qui est efficace, en effet, ce n'est pas l'idée, mais le mouvement cérébral hypothétique qui est sa condition d'existence. Ce qui a pu donner lieu à cette façon de parler, c'est ce fait que nous connaissons mieux les phénomènes psychiques que leurs concomitants physiques. Nous savons ce qu'est une idée, mais nous ignorons absolument les mouvements qui lui correspondent. Nous désignons alors l'inconnu par le connu, nous remplaçons l'objet par son signe (1).

Cela posé, à savoir que, d'une part, tout phénomène psychique s'accompagne de phénomènes physiques (la réciproque n'est pas vraie), qu'en sont les conditions nécessaires et suffisantes et que d'autre part les phénomènes physiques seuls for-

(1) Ceci n'est qu'une critique de mots, parce qu'en fait, la grande influence de l'idée est incontestable. Elève de M. le professeur Bernheim, nous avons eu souvent l'occasion de constater cette influence, tantôt mauvaise (auto-suggestion du malade), plus souvent bonne (suggestion thérapeutique). Voir : *De l'élément psychique dans les maladies*, par le docteur Hartenberger, 1895. Th. Nancy.

ment une série de causes et d'effets, il en résulte la conséquence suivante :

On ne conteste plus que les phénomènes physiques soient régis par la loi du déterminisme ; par suite les phénomènes psychiques sont soumis à la même loi. Que devient alors ce qu'on appelle la liberté morale ? Nous ne voulons pas renouveler ici le débat si ancien et toujours nouveau qui a lieu sur ce thème : l'homme est-il libre ? Nous dirons seulement, avec Spinoza, que « l'illusion de la liberté n'est que l'ignorance des causes qui nous font agir. » Nous voudrions bien savoir si les croyants de la liberté morale garderaient encore leur foi après avoir visité un asile d'aliénés, et étudié les malades qui y sont. Ils verraient alors quelle chose fragile est ce *moi* dont ils sont si fiers ; ils constateraient que loin d'être une force autonome, il n'est qu'une résultante fatale d'une foule de composantes, variables en nombre et en intensité, mais dont l'effet est absolument déterminé.

Si la liberté morale existait, il n'y aurait pas d'aliénés, à moins qu'on ne soutienne que ceux-ci en sont privés. Mais alors qu'est-ce que cette faculté, pour parler le langage métaphysique, qui appartient aux uns et se trouve refusé aux autres ?

Peu nous importent aussi les conséquences que peut avoir cette négation de la liberté au point de vue social. Si, jusqu'ici, notre système juridique

repose sur cette notion de la liberté morale, tant pis pour le système : il faudra le changer et on pourra le faire sans conséquences désastreuses.

Donc, pour revenir à notre sujet, les phénomènes psychiques, tant normaux que morbides, sont soumis à la loi du déterminisme ; ils ont leurs conditions d'existence nécessaires et suffisantes dans certains phénomènes physiques concomitants, et sont sans influence sur ceux-ci, ainsi que les uns vis-à-vis des autres.

Considérés quant à leur nature, les phénomènes physiques sont réductibles, en fait ou théoriquement, à des mouvements ; les phénomènes psychiques, eux, sont irréductibles. Les premiers se passent à la fois dans l'espace et dans le temps, les seconds dans le temps seulement. C'est ce que Descartes a si bien exprimé en distinguant le monde de l'étendue et le monde de la pensée.

D'autre part, nous ne connaissons directement que nos propres phénomènes psychiques ; les phénomènes physiques nous sont connus par l'intermédiaire de ceux-ci, tous les phénomènes du monde extérieur se réduisant en somme à nos sensations, et les phénomènes psychiques d'autrui ne se manifestent à nous que sous forme de phénomènes physiques (gestes, paroles, expressions de physionomie, etc.)

De ces considérations découlent naturellement le but de la médecine mentale et les moyens qu'elle peut et doit employer pour atteindre ce but ; arri-

vés à ce point, nous apercevons clairement quel est l'objet de cette science, et quelle doit être sa méthode.

La médecine mentale doit se proposer pour but : d'une part, de décrire, d'énumérer, de classer les phénomènes psychiques morbides, et d'établir leurs relations de coexistence et de succession ; d'autre part et surtout de déterminer leurs concomitants physiques, ainsi que les relations causales de ces derniers avec les autres phénomènes physiques. Nous voyons ainsi qu'il y a deux temps ou mieux deux phases dans l'évolution de la médecine mentale. A son premier stade, elle est purement descriptive ; au second, elle prétend devenir explicative. La première partie, c'est l'*histoire naturelle* des maladies mentales ; la seconde partie, c'en est la *physiologie*.

Pour remplir la première partie de sa tâche, la médecine mentale a recours uniquement à la méthode d'observation, et nous pouvons dire qu'à l'heure qu'il est, cette tâche est achevée, ou à peu près, surtout depuis les derniers perfectionnements qu'y a ajoutés l'école clinique française (Magnan et ses élèves).

Pour trouver du nouveau dans cette direction, il faudrait inventer un nouveau procédé d'investigation clinique, de même qu'en médecine physique, on a inventé l'auscultation, qui nous a fait connaître des phénomènes nouveaux, les râles et les souffles. Mais nous ne voyons guère qu'on puisse

faire en médecine mentale une invention analogue.

Quant à la seconde partie de l'objet de la médecine mentale (c'est-à-dire la détermination des phénomènes physiques qui sont les conditions d'existence des phénomènes psychiques morbides), nous voyons que jusqu'aujourd'hui elle a été à peine abordée. C'est qu'aussi bien la physiologie cérébrale, normale ou pathologique, est de toutes les sciences la plus complexe, et que, par suite, elle ne peut commencer son développement que lorsque les autres, qui lui servent de base et de point de départ, ont achevé le leur.

Cette physiologie cérébrale, comme toute physiologie, peut avoir à son service deux méthodes : la méthode d'observation et la méthode d'expérimentation. Celles-ci ont été magistralement exposées par Claude Bernard dans son *introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Voyons l'application qu'on en peut faire au sujet particulier qui nous occupe.

Commençons par la plus complexe des deux méthodes, la méthode expérimentale. Cette méthode, comme on le sait, a pour but de provoquer des phénomènes déterminés pour en découvrir les causes et les lois. Or, comment pouvons-nous provoquer des phénomènes psychiques en général, et des phénomènes psychiques morbides en particulier ? Evidemment nous ne pouvons le

faire qu'indirectement, par des intermédiaires psychiques.

Nous diviserons ceux-ci en moyens physiques proprements dits [traumatismes, chaleur, lumière, électricité substances toxiques et médicamenteuses] et en moyens physiques ayant un sens et une portée psychique (1), comme le langage parlé ou écrit, par exemple. Cette seconde catégorie de moyens, c'est la suggestion. Or la suggestion a donné, entre les mains des maîtres habiles qui l'ont employée, à peu près tout ce qu'elle pouvait donner. Pour ce qui est des agents physiques proprements dits, dont l'étude a été aussi bien faite que possible par l'école psychophysiologique, ils n'ont pas donné non plus grand résultat, à cause de l'application restreinte à laquelle on a dû se borner. S'il était permis d'expérimenter sur l'animal humain comme on expérimente sur les autres animaux, ces procédés nous donneraient certainement des résultats intéressants et de la plus haute importance, et nombreuses sont les expériences qu'on pourrait imaginer dans ce sens. D'autre part, l'expérimentation sur les animaux ne peut nous donner que des notions fort vagues et très incomplètes, les animaux ne parlant pas et ne pouvant exprimer leurs idées et par suite leur délire, si tant est qu'ils en aient : de grands philosophes

(1) Nous regrettons qu'il n'existe pas dans la langue française une expression pouvant rendre le sens de cette périphrase.

(Descartes) leur ayant refusé toute leur vie psychique.

Supposons même que l'expérimentation puisse s'appliquer à l'homme, nous serions encore loin de posséder, au point de vue psychique, une science semblable à celle que peut acquérir le physicien, le chimiste ou le physiologiste, et qui nous assurât les mêmes avantages. Ce qui fait en effet, la valeur de ces sciences, c'est la détermination *quantitative* des phénomènes. Les phénomènes physiques, en effet, sont susceptibles de mesure, tandis que les phénomènes psychiques ne sont pas mesurables (à l'exception peut-être de quelques-unes de nos sensations). Car, quelle serait la portion de haine ou de colère, par exemple, qu'on prendrait pour unité? Et cette unité, ce mètre psychologique, où le chercher, comment le retrouver, fixe et identique à lui-même, quand il en serait besoin? C'est pourquoi toutes lois que pourrait découvrir la psychologie normale ou morbide, n'étant pas susceptibles d'expressions numériques, resteraient toujours vagues et générales.

Nous voyons donc que la méthode expérimentale, qui est la méthode scientifique par excellence, ne peut avoir qu'une application bien restreinte en médecine mentale, et que, même employée complètement et systématiquement, elle ne nous fournirait jamais les beaux résultats qu'elle a donnés dans les sciences physiques.

Nous en sommes ainsi réduits à la méthode d'observation.

Cette méthode a de tous temps été employée en médecine mentale ; mais, comme nous l'avons vu, la médecine mentale a été, jusque maintenant, exclusivement, ou à peu près, descriptive. On a énuméré dans leur ordre de coexistence et de succession tous les phénomènes psychiques recueillis par l'observation, ainsi que les phénomènes physiques concomitants, lorsqu'ils étaient accessibles ; mais on n'a pas cherché à établir les *relations* nécessaires de coexistence et de succession qui existent entre ces phénomènes : autrement dit, on n'a pas déterminé de lois. On a bien, il est vrai, trouvé des causes, et des causes certaines, comme l'hérédité, la syphilis, l'alcoolisme, etc. On a même cherché tout ce qui pouvait avoir un rapport plus ou moins éloigné avec l'apparition de la folie pour l'ériger au rang de cause ; et dans le chapitre étiologie des maladies mentales, les auteurs nous énumèrent la série des causes de la folie, font défiler successivement sous nos yeux les différents âges de la vie, les mois et les saisons de l'année, tous les pays du monde, toutes les positions sociales, l'état civil, les races, les religions, etc. On a construit, et on construit tous les jours encore, de magnifiques tableaux statistiques, où l'influence respective de ces prétendues causes est évaluée en chiffres. Quel est le résultat de tous ces travaux, aussi consciencieux qu'on les suppose ?

Absolument nul. La preuve, c'est qu'ils se contredisent. Ou bien on a pris pour cause ce qui n'était pas cause, un antécédent accidentel et fortuit (*post hoc, ergo propter hoc*), ou bien la cause véritable se trouve noyée dans une foule d'autres antécédents, qui ne sont, eux aussi, que fortuits et contingents : c'est ce qui arrive quand on donne comme causes ces choses extrêmement complexes qu'on appelle civilisation, religion, etc.

Il faut donc chercher exclusivement la cause directe, immédiate, qui par sa présence produit, par son absence supprime, et par ses variations fait varier le phénomène en question, toutes choses restant égales d'ailleurs.

Pour les règles à suivre dans la recherche des causes au moyen de la méthode d'observation, nous renvoyons aux ouvrages de logique traitant cette question. Seulement il nous paraît utile de rectifier ici une erreur que nous avons généralement rencontrée dans ces ouvrages. Nous y trouvons, en effet, énoncés ces deux principes : les mêmes causes produisent les mêmes effets, et les mêmes effets sont produits par les mêmes causes.

Le premier principe nous paraît évident, et nous ne le discuterons pas. Quant au second, il paraît, à première vue, avoir la même évidence ; mais, si l'on y réfléchit, on ne tarde pas à reconnaître que ce principe est faux, et ne s'accorde pas avec la réalité. Nous voyons, à chaque instant, des effets identiques être le résultat de conditions bien diffé-

rentes ; la médecine en fournit une foule d'exemples : ainsi une paralysie peut être produite par des lésions fort variées comme nature et comme siège.

Pour traduire cette idée dans le langage de la mécanique (nous savons que tous les phénomènes physiques se ramènent à des mouvements), nous dirons qu'un mouvement donné peut être la résultante de composantes infiniment variées en nombre, en intensité et en direction. Nous dirons encore que, s'il y a des causes nécessaires et suffisantes, beaucoup d'autres, qui sont cependant efficientes, ne sont ni nécessaires, ni suffisantes. Ainsi la syphilis, tout en n'étant certainement pas la cause nécessaire et suffisante de la paralysie générale (1), peut cependant en être une cause efficiente, le cas échéant. C'est pour avoir méconnu ces principes qu'on s'est livré souvent à des discussions stériles, cherchant, pour un effet donné une seule cause, et toujours la même.

Cela posé voyons ce que peut nous donner la méthode d'observation dans la recherche des causes en médecine mentale.

(1) Puisqu'il y a paralysie générale sans syphilis antérieure, et que la plupart du temps la syphilis n'aboutit pas à la paralysie générale.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DE LA FOLIE. — HYPOTHÈSES.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, notre but est de déterminer d'abord le dynamisme cérébral correspondant aux phénomènes psychiques morbides, puis de déterminer ensuite les conditions de ce dynamisme, en n'ayant recours qu'à la méthode d'observation.

Pour ce qui est du dynamisme cérébral lui-même, nous n'avons actuellement aucun moyen de le déterminer, et nous ne pourrions faire à ce sujet que des hypothèses (1), qui ne seraient susceptibles d'aucune vérification : nous nous en abstiendrons.

Quant aux conditions de ce dynamisme, elles nous sont plus accessibles, et nous pourrions étudier leur influence en observant leur action sur les phénomènes psychiques eux-mêmes, qui ne sont que le reflet du dynamisme cérébral. Comme

(1) Comme exemple typique, nous citerons la nouvelle et si ingénieuse théorie du Sommeil, de Mathias Duval, et qu'on a appelée *théorie histologique*.

on le voit, nous avons trois ordres de faits : premièrement, les conditions du dynamisme cérébral ; deuxièmement, le dynamisme cérébral lui-même ; troisièmement, les phénomènes psychiques qui accompagnent ce dynamisme. Nous pouvons connaître les premiers, nous faire une idée approximative des troisièmes ; quant aux seconds, ils nous sont, pour le moment, absolument inconnaisables. Notre tâche se trouve donc réduite à établir des relations constantes et invariables entre les phénomènes psychiques tels que nous pouvons les connaître, et certaines conditions matérielles accessibles à nos moyens actuels d'investigation. Si nous atteignons ce but, notre sciencē, bien qu'exacte, sera incomplète et fragmentaire. Nous posséderons les deux termes extrêmes de la série phénoménale : mais le terme intermédiaire nous fera défaut. Quoi qu'il en soit, voyons les résultats que peut nous donner cette recherche.

Nous avons, disons-nous, à établir les conditions matérielles des phénomènes psychiques. Pour avoir un point de direction dans cette recherche, il nous faut absolument avoir recours à des hypothèses ; nous examinerons ensuite si elles s'accordent avec la réalité. Voyons donc quelles sont à ce sujet les hypothèses possibles.

Le dynamisme cérébral substratum des phénomènes psychiques, ne peut être fonction que de deux choses : premièrement, de la structure du

cerveau lui-même ; deuxièmement des stimulants de l'activité cérébrale.

Le cerveau peut être stimulé à distance par l'intermédiaire des nerfs, et sur place par l'action directe du milieu intérieur.

Par les nerfs, il reçoit les impressions qui lui viennent du monde extérieur (organe des sens), et de l'organisme lui-même (sensations externes) (1).

Quant au milieu intérieur, le cerveau subit toutes les variations qui peuvent s'y produire, tant au point de vue de la quantité (congestion ou anémie), que de la pression (tension sanguine), de la vitesse de circulation, de la température, et enfin et surtout de la qualité (composition chimique).

Nous voyons ainsi, par cette rapide énumération, combien sont nombreuses les conditions qui peuvent influencer sur l'activité cérébrale. Toutes ces conditions qui nous sont connues (et d'autres encore existent peut-être, que nous ignorons), peuvent être, et en réalité, ont été accusées de jouer un rôle, sinon exclusif, du moins important dans la production des phénomènes psychiques morbides.

Toutefois, si beaucoup de phénomènes psychiques morbides peuvent être rapportés à l'action du milieu extérieur (traumatismes physiques et moraux), si quelques-uns peuvent être rapportés

(1) Beaunis : *Les sensations internes*.

à l'action d'un réflexe dont le point de départ serait dans l'organisme lui-même (lésions douloureuses), la plupart, surtout ceux que nous observons dans nos asiles, sont indépendants des causes précitées. Nous voyons, en effet, que tous ces phénomènes (hallucinations, illusions, idées délirantes, obsessions, impulsions, crises convulsives) (1), se produisent quelles que soient les conditions extérieures : température, pression barométrique, etc. ; ainsi qu'en l'absence de toute cause morale imaginable. Ces phénomènes ont l'air de se produire spontanément ; ils paraissent autogènes. Ce n'est donc que dans l'organisme lui-même que nous devons en rechercher la cause.

Parmi les conditions organiques du dynamisme cérébral que nous avons énumérées plus haut, nous n'en retiendrons que deux qui nous paraissent les principales : c'est, d'une part, la structure du cerveau lui-même, d'autre part, la composition du milieu intérieur qui le baigne.

Nous ferons abstraction des autres conditions, telles que la tension sanguine, la température, la vitesse du courant sanguin, etc. Aussi bien toutes ces conditions ne semblent avoir dans *la plu-*

(1) On s'étonnera de nous voir citer les crises convulsives à la suite des phénomènes psychiques : la convulsion, en effet, est un mouvement, et, de ce fait, n'a rien de psychique : mais, ce mouvement est un équivalent mécanique d'un phénomène psychique morbide. Ne sait-on pas que, dans l'épilepsie, par exemple, un accès peut être remplacé par un délire violent, une impulsion, etc. ?

part des cas, qu'une minime importance ; c'est ce que démontre l'observation la plus sommaire.

Nous pouvons alors au sujet du mécanisme de production des phénomènes psychiques morbides, faire les hypothèses suivantes.

1^o La cause organique de ces phénomènes réside dans la structure même du cerveau, le milieu intérieur étant constant et invariable.

2^o La cause de ces phénomènes réside dans la composition spéciale du milieu intérieur, les cerveaux étant supposés identiques.

3^o La cause réside à la fois dans une structure spéciale du cerveau et dans une composition particulière du milieu intérieur.

Depuis l'époque la plus reculée où on a cherché à élucider le mécanisme de la folie, ces théories ont été tour à tour ou simultanément soutenues, d'une façon plus ou moins consciente. Les deux premières, qui sont les deux théories extrêmes, ont même reçu un nom. C'est, d'une part, le solidisme ou organicisme ; d'autre part, l'humorisme. Ces deux théories ont eu d'ailleurs, dans la médecine physique, une importance encore plus grande, et, même de nos jours, après la découverte des microbes, elles sont entrées en lutte pour l'explication de leur mode d'action pathogénique, l'une attribuant ce rôle pathogénique aux éléments figurés eux-mêmes, l'autre à leurs sécrétions toxiques. Il en a été de même pour l'interprétation des moyens de défense de l'organis-

me contre les éléments infectieux ; on a d'abord attribué le rôle principal aux cellules de l'organisme (phago citose) ; actuellement on ne considère plus que l'action de leurs sécrétions (antitoxines) ; et depuis peu, cette théorie a pris une grande importance dans la pratique ; toutes les sérothérapies en font foi.

Quoi qu'il en soit, soumettons ces différentes hypothèses à l'épreuve des faits, au moyen de la seule méthode d'observation, puisque nous avons vu que c'est la seule permise.

La première hypothèse fait résider la cause de la folie dans la structure du cerveau ; c'est une hypothèse anatomique. De nombreux faits lui donnent raison dans beaucoup de cas (paralysie générale, idiotie, délire aigu des différentes méningites, etc.) où l'on trouve des lésions constantes et caractéristiques. Mais combien plus nombreux sont les cas où l'on ne trouve aucune lésion, ou des lésions banales et sans importance. Néanmoins cette absence de preuves matérielles n'infirme l'hypothèse, parce que ces lésions peuvent exister et nous être imperceptibles. Le doute persiste donc.

La deuxième hypothèse fait résider la cause de la folie dans la composition du milieu intérieur que nous appellerons état humoral ; c'est une hypothèse chimique. Elle trouve même une expression dans le langage vulgaire : ne parle-t-on pas tous les jours de mauvaise humeur, d'humeur

noire, etc.? Cette hypothèse, imaginée depuis longtemps, arrivée à son apogée avec l'antique Galien, puis tombée en désuétude et presque dans l'oubli a acquis depuis quelque temps un renouveau d'actualité, et elle s'est présentée sous une étiquette nouvelle : c'est la théorie des auto-intoxications dans les maladies.

CHAPITRE III

LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES. — CONSTRUCTION DE L'HYPOTHÈSE. — SES CONSÉQUENCES. — SES MOYENS DE VÉRIFICATION.

La question des auto-intoxications dans les maladies mentales est de date récente. Elle est venue à la suite des travaux de Bouchard sur les auto-intoxications dans les maladies en général. Malgré cette origine récente, les travaux qu'elle a suscités sont déjà fort nombreux et peuvent donner lieu à une riche et abondante bibliographie : on la trouvera faite d'une façon complète, ainsi que l'historique de la question, dans le rapport si chargé de noms et de faits qu'en ont donné MM. Régis et Chevalier-Lavaure au Congrès de médecine mentale de 1893. Depuis, il n'est pas paru, à notre connaissance, de travaux importants sur la question.

Nous jugeons inutile de refaire l'historique et la bibliographie, et nous renverrons, pour cela, au travail précité. Nous préférons traiter la ques-

tion d'une façon purement dogmatique, c'est-à-dire que nous aurons surtout pour but de poser le problème d'une façon aussi logique et aussi précise que possible. Aussi bien la question nous paraît-elle avoir été traitée d'une façon un peu confuse et sans idée directrice bien nette ; or, la solution d'un problème ne peut être trouvée que si l'on sait dans quel sens on doit la chercher ; pour cela il faut que le problème soit nettement posé, c'est-à-dire qu'on sache bien au préalable, quelles sont les quantités connues, quelles doivent être les inconnues et quelles sont les relations qu'elles ont les unes avec les autres. Nous allons nous essayer à cette tâche. Nous allons construire, d'une façon aussi logique et aussi complète que possible, l'hypothèse des auto-intoxications dans les maladies mentales ; nous en tirerons toutes les conséquences imaginables, nous en rechercherons les moyens de vérification ; puis enfin, nous mettrons ces données en face des faits, de tous les faits que peut nous fournir une observation minutieuse et savante. Parmi ces faits, nous verrons quels sont ceux qui confirment, ceux qui infirment l'hypothèse, et aussi ceux qui lui sont indifférents. Nous pourrions alors tirer des conclusions certaines ou probables, soit positives, soit négatives ; ou bien encore peut-être ne nous serait-il permis d'en tirer aucune.

La formule absolue de l'hypothèse des auto-intoxications dans les maladies mentales est la suivante :

Les phénomènes psychiques morbides sont dus uniquement à la composition du milieu intérieur, que nous appellerons l'*état humoral*. Or, ces phénomènes psychiques se présentent sous des aspects bien différents, suivant les individus (manie, lypémanie, confusion mentale, etc.), et, chez le même individu, dans le cours de son évolution morbide (périodes d'agitation et de dépression, périodes d'accès convulsifs et de rémission, etc.).

A chacun de ces aspects symptomatiques devra correspondre un état humoral particulier, c'est-à-dire que chaque état mental devra avoir pour substratum un état humoral spécial, que nous appellerons une *constante humorale*. De même que dans d'autres maladies, on a des lésions caractéristiques ; ici nous devons avoir des constantes humorales non moins caractéristiques. Nous devons trouver, par exemple, la constante humorale de la manie, de la lypémanie, de la confusion mentale, de l'épilepsie, etc., et chacune des phases de ces maladies devra aussi avoir sa constante humorale propre.

Voilà l'hypothèse sous sa forme extrême et brutale, et poussée jusqu'à ses dernières conséquences (1).

Voyons maintenant quels sont les procédés de

(1) Sous cette forme, la théorie est évidemment une exagération, et certainement elle ne peut être conforme à la vérité ; mais nous l'avons formulée ainsi pour les besoins de la discussion.

vérification que peut nous fournir la méthode d'observation.

Nous voulons chercher des constantes humorales caractéristiques. Or, ce qui peut caractériser un état humoral, c'est la présence d'un élément qui ne se rencontre pas ailleurs, ou l'absence d'un élément qui se rencontre ailleurs, ou une différence en plus ou en moins dans la quantité d'un ou de plusieurs éléments qui font partie de tous les états humoraux.

Lorsque nous aurons trouvé, si toutefois nous le trouvons, ce qui par sa présence, par son absence, ou par ses variations, caractérise un état humoral, nous devrons ensuite prouver que c'est cet élément qui produit le phénomène en question, c'est-à-dire un état mental déterminé.

Nous avons donc, pour vérifier notre hypothèse, deux choses à établir : d'une part, un parallélisme régulier et parfait entre un état mental déterminé et un état humoral déterminé ; d'autre part, une relation de cause à effet entre cet état humoral et cet état mental.

Quels sont les procédés qui peuvent nous permettre de déterminer un état humoral ? Ce sont tous ceux que nous fournissent les sciences physico-chimiques. Voyons comment on peut les appliquer ici.

L'état humoral dont nous avons parlé, c'est évidemment l'état des humeurs mêmes qui baignent la substance cérébrale. Or cet état humoral

nous est, pour le moment, absolument inaccessible, et aucun procédé ne peut nous le rendre saisissable. Nous pourrions toutefois en avoir une idée approximative en étudiant l'état humoral du *milieu intérieur* (1) en général, c'est-à-dire le sang, et même, puisque l'état du sang se traduit jusqu'à un certain point par l'état de son déchet, l'urine, l'étude de cette dernière pourra encore, si l'on veut, mais d'une façon combien plus incertaine nous donner le résultat cherché.

Cela posé, quels moyens devons-nous employer pour établir une relation de cause à effet entre un état mental et l'état humoral qui lui correspond, et que nous aurons déterminé. Ce résultat ne peut être évidemment obtenu qu'au moyen de la méthode d'expérimentation, et il n'est pas difficile, à première vue, d'imaginer dans ce sens quelques expériences grossières, il est vrai, mais qui pourraient être probantes : transfusion du sang d'un malade excité à un malade déprimé, d'un épileptique en période de crise à un épileptique en rémission, etc. Mais comme l'expérimentation sur l'animal humain n'est pas permise, nous devons renoncer à ce genre de procédé.

Nous avons bien, c'est vrai, l'expérimentation sur les autres animaux, et, en particulier, pour le cas qui nous occupe, l'injection au lapin, de sérum et d'urine. Nous pourrions, par ce moyen, produire

(1) Cl. Bernard.

chez cet animal le coma, ou les convulsions, le myosis ou la mydriase, l'accélération ou le ralentissement de la respiration et de la circulation ; mais, tous ces symptômes provoqués sont tellement différents des symptômes observés dont nous voulons déterminer la cause, que ce genre d'expérimentation ne peut nous donner de résultats notables. La seule donnée à peu près certaine que puisse nous fournir ce procédé, c'est le degré de toxicité de l'humeur étudiée. Mais, à ce point de vue, ce procédé ne fait plus partie de la méthode expérimentale ; il n'est plus qu'une application de la méthode d'observation. En effet, si une injection d'urine à un lapin est une expérience, la recherche de l'albumine dans cette urine en est aussi une au même titre, et cependant elle n'est, dans ce cas, qu'un procédé de la méthode d'observation. Le lapin n'est ici autre chose qu'un réactif, mais un réactif biologique, qui sert à doser la toxicité d'une urine ; comme d'autres réactifs chimiques servent à en doser l'acidité.

Le procédé des injections de liquides organiques aux animaux ne peut donc être considéré que comme un procédé d'observation clinique : nous en parlerons et nous discuterons sa valeur en temps et lieu.

Le seul résultat qu'il nous soit permis de chercher, nous venons de le voir, c'est un parallélisme entre l'état mental et l'état humoral ; et, en supposant même que nous arrivions à l'établir, rien ne

nous indiquerait que l'état humoral est la cause de l'état mental, et le contraire pourrait être aussi logiquement soutenu. C'est là le défaut de la méthode d'observation. Néanmoins, si nous ne pouvons obtenir par ce moyen la certitude, peut-être atteindrons-nous la probabilité : nous nous en contenterions.

Nous aurions maintenant à passer en revue les différents procédés techniques qui pourront nous servir à déterminer un état humoral. Nous diviserons ces procédés en deux catégories : d'une part, les procédés physico-chimiques (analyses chimique, microscopique, spectroscopique, hématoscopique, etc.), d'autre part, le procédé que nous appellerons biologique (et non pas expérimental), c'est-à-dire l'injection de liquides organiques au lapin.

Nous croyons inutile de parler des premiers : nous n'avons pas, d'ailleurs, la compétence suffisante.

Toutefois nous ferons remarquer que les résultats fournis par ces procédés ne pourront avoir grande valeur, pour prouver l'auto-intoxication. Dans les maladies mentales, en effet, les éléments que ces procédés peuvent nous faire découvrir (variations dans la quantité des chlorures, des phosphates, des sulfates, de l'hémoglobine, variations dans le nombre et la forme des globules sanguins, etc.), ne peuvent évidemment être accusés d'avoir le moindre rôle dans la production d'un

état mental, et la preuve, c'est qu'ils se rencontrent dans bien des cas où manque cet état mental. Tout ce qu'ils peuvent indiquer, c'est un trouble dans la nutrition. Tout au plus pourrait-on incriminer quelques-uns de ces éléments (ptomaïnes, leucomaïnes), mais, nous le verrons, ceux-ci ne jouent pas non plus un rôle spécifique.

Quant au second procédé, celui des injections au lapin, il semblerait avoir une plus grande valeur. Nous ne voulons pas répéter les critiques qu'on en a faites, et qui portent sur des questions de détail : il est relativement facile d'y échapper en se plaçant toujours dans des conditions identiques d'expérimentation. Nous ferons seulement remarquer la grossièreté du procédé par la réflexion suivante :

Supposons un homme intoxiqué par un alcaloïde quelconque, morphine ou strychnine, il pourra présenter des symptômes très intenses, délire, hallucinations, agitation, etc. Or le calcul le plus simple démontre que son urine, injectée à un lapin, ne se montrerait pas sensiblement plus toxique que l'urine d'un autre individu non intoxiqué.

Nous croyons donc, d'ores et déjà, combien grossiers, imparfaits, et insuffisants sont les procédés mis à notre disposition. Prenons-les cependant pour ce qu'ils sont, et voyons ce qu'ils peuvent nous donner dans la vérification de notre hypothèse.

Or, ces recherches ont déjà été faites aussi complètement que possible : en voici les résultats.

CHAPITRE IV.

HYPOTHÈSE DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES. — LES FAITS.

Après avoir construit l'hypothèse, en avoir déduit les conséquences et cherché les moyens de vérification, nous allons, maintenant suivant la marche que nous nous sommes tracée à l'avance, mettre cette hypothèse en face des faits que peut nous fournir la méthode d'observation. Pour cela, nous allons passer successivement en revue toutes les formes de maladies mentales, et voir si à chacune d'elles correspond un état humoral déterminé. Nous suivrons dans cette revue l'ordre suivant : nous commencerons par les manifestations psychiques morbides dans lesquelles le rôle de l'auto-intoxication nous semblera le plus probable, et nous finirons par celles où ce rôle paraît être nul. Pour en juger, nous nous servirons du critérium suivant : l'auto-intoxication sera d'autant plus probante que nous ne trouverons pas d'autre cause possible.

Nous avons d'abord les psychoses des maladies

infectieuses. On a pu, très souvent établir une relation de cause à effet entre une maladie infectieuse et la psychose. Dans la période aiguë de la maladie, celle-ci se présente sous forme de délire aigü, dans la période de convalescence, sous forme de confusion mentale. Or, on rattache maintenant, avec une extrême probabilité, les différents symptômes des maladies infectieuses à une auto-intoxication, que celle-ci soit le résultat des sécrétions microbiennes ou des produits anormaux de désassimilation des cellules de l'organisme, dont la nutrition est troublée. Il est logique, dans ces cas, de rattacher aussi l'apparition des phénomènes psychiques morbides à l'auto-intoxication.

Il resterait maintenant, pour compléter la preuve, à établir l'état humoral caractéristique de ces psychoses : la chose à notre connaissance n'a pas été faite et nous n'avons pas eu nous-mêmes l'occasion de la chercher, puisque ce genre de psychose ne se rencontre pas dans les asiles. Mais nous doutons qu'on puisse le faire, car l'auto-intoxication n'est pas probablement le seul facteur de la psychose ; la preuve, c'est que dans des conditions différentes, ce facteur ne produit pas l'effet en question (la plupart des maladies infectieuses ne s'accompagnant pas de psychoses) et que dans certains cas même, il produit tout le contraire : nombreux sont en effet, les cas dans lesquels une psychose est interrompue au cours d'une maladie infectieuse intercurrente, ou même se trouve gué-

rie d'une façon définitive, et nous en connaissons des exemples.

Après les psychoses des maladies infectieuses, nous rencontrons les psychoses des maladies viscérales : c'est ce qu'on appelait autrefois la folie sympathique. Si cette folie sympathique n'a été souvent qu'une pure hypothèse, dans certains cas bien déterminés on a pu établir une relation très nette entre une maladie organique du foie ou des reins et certains troubles psychiques : c'est ce qu'on a décrit sous les noms de folie hépatique et de folie brightique. Il est logique encore d'expliquer ces psychoses par le mécanisme de l'auto-intoxication. Nous jugeons inutile de répéter les raisons qui motivent cette opinion : nous l'adopterons comme extrêmement probable. Toutefois nous ferons ici les mêmes remarques que tout à l'heure, à savoir que l'auto-intoxication ne peut être considérée comme le seul facteur de la psychose, puisque, très souvent la maladie organique existe sans être accompagnée de psychose, et que nous voyons tous les jours bien des psychoses ne subir aucune influence des maladies organiques intercurrentes. Nous n'avons donc, ici encore, qu'une opinion probable, mais pas de preuve certaine.

Passons maintenant à ce que nous appellerons les psychoses pures. Mais avant d'aborder celles-ci, nous croyons utile de nous arrêter à une maladie qui fait partie du même groupe morbide que les

psychoses, mais qui, au lieu de se manifester uniquement par des troubles psychiques, se manifestent surtout par des symptômes physiques, des convulsions, qui ne sont, en somme, que des équivalents des troubles psychiques : nous voulons parler de l'épilepsie.

Ici, tous les faits sont conformes *a priori* à l'hypothèse d'une auto-intoxication aidée, bien entendu, d'une prédisposition dont on ne peut encore préciser la nature. Et d'abord l'expérience sur les animaux et l'observation sur l'homme nous apprennent qu'une foule de substances toxiques extérieures, introduites dans l'organisme, sont capables de produire le symptôme convulsion. Quoi donc de plus naturel que de supposer que la convulsion épileptique est provoquée, elle aussi, par une intoxication, mais une intoxication interne ? D'autre part, nous savons que les crises convulsives de l'épilepsie sont intermittentes et quelquefois périodiques ; la cause devra donc en être aussi périodique et intermittente.

Cette cause ne peut évidemment être cherchée dans le milieu extérieur : nous n'y insistons pas. Elle ne peut donc être qu'interne. Or, le seul élément variable de l'organisme, c'est le milieu intérieur qu'il est logique de supposer et de chercher la cause des crises convulsives.

Reste maintenant à prouver cette hypothèse au moyen des procédés de vérification dont nous avons parlé. D'abord aucune analyse du sang n'a été

faite. Pour ce qui est de l'urine, les seules différences caractéristiques qu'on ait trouvées sont les suivantes : la quantité moyenne par jour est supérieure à la normale (1520 c. c. au lieu de 1350 c. c.), et la quantité d'acide phosphorique est de 2,19 au lieu de 1,2.

D'autre part, on a trouvé à la fin des paroxysmes épileptiques une élévation considérable des principes constitutifs de l'urine : en dehors des attaques et de l'état de mal, l'excrétion de l'azote et de l'acide phosphorique n'est pas modifiée, tandis que les crises isolées ou en série élèvent considérablement le taux de ces deux substances. Nous voyons donc qu'il y a dans l'épilepsie des variations dans la composition de l'urine, parallèles à l'évolution morbide. Ces variations indiquent évidemment des variations correspondantes dans les phénomènes de nutrition, mais rien n'indique que celles-ci soient plutôt la cause que l'effet des phénomènes nerveux.

Au point de vue de la toxicité urinaire, on est arrivé au résultat suivant (1) :

1° Il y a *avant la série* un abaissement considérable de la toxicité urinaire ;

2° *Pendant la série* cet abaissement persiste moins marqué que dans la période proparoxytique. La courbe tend déjà à se relever ;

3° *Après la série*. — La toxicité urinaire se relève, dépasse la normale si la série est finie. Si la

(1) Voisin.

série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparais-
sent. Cette hypotoxicité est un élément de diagnos-
tic pour affirmer que la série n'est pas finie et que
certains cas quotidiens qui étaient considérés
comme des cas isolés, doivent être considérés
comme faisant partie d'une série durant plusieurs
jours. Cette hypotoxicité persiste aussi quand,
après les accès convulsifs, se développe le délire
ou l'excitation maniaque.

4. Certains malades, en particulier les malades
gravement atteints dans leur état mental, paraîs-
sent avoir une hypotoxicité constante; mais,
néanmoins, la toxicité la plus faible répond aux
périodes proconvulsives, la plus forte aux péri-
odes post-convulsives.

5° La toxicité urinaire est d'une façon générale
inférieure à la normale.

6° Le trouble mental des épileptiques paraît
toujours s'accompagner d'hypotoxicité.

Ces résultats, s'ils sont exacts, indiqueraient
que la production de la crise épileptique est due à
une saturation de l'organisme par des produits
toxiques retenus; mais cette rétention n'est nul-
lement prouvée et ne reste qu'une hypothèse.

Nous concluons que dans l'épilepsie encore, le
rôle de l'auto-intoxication n'est que probable et
nullement certain.

Pénétrons maintenant dans le domaine des ma-
ladies mentales proprement dites. Voici les résul-

tats qu'on y a trouvés au point de vue qui nous occupe.

Dans la manie les urines peuvent être diminuées au début et pendant le cours de la maladie ; l'étude de leur composition chimique a donné lieu à des résultats contradictoires : les uns ont constaté l'augmentation de l'urée et de l'acide phosphorique, les autres ont par contre trouvé ces produits diminués. D'après d'autres encore pendant la période d'agitation, l'azote et l'acide phosphorique unis aux alcalins seraient augmentés ; pendant les périodes de dépression, de rémission et de convalescence, ils diminueraient au contraire. Au point de vue de la toxicité, la plupart des expériences faites avec les urines des maniaques, semblent établir que ces urines sont plutôt moins toxiques que les urines normales. Pour d'autres auteurs, au contraire, les urines de la manie avec agitation ont une toxicité beaucoup plus énergique.

Dans la mélancolie les urines sont en général rares et chargées. On a trouvé qu'il y a augmentation notable du chiffre des phosphates terreux et par contre diminution de l'azote et des phosphates alcalins.

Quant aux alcaloïdes, on a rencontré dans quelques-unes des urines des lypémaniques des alcaloïdes très toxiques, tandis que d'autres ne renferment que des alcaloïdes indifférents. Au point de vue de la toxicité la plupart des

recherches expérimentales sont concordantes et tendent à prouver que les urines des lypémaniques sont notablement plus toxiques que les urines normales.

Pour ce qui est du sang, son étude analytique n'a pas donné de résultats notables. Son étude expérimentale (injection de sérum au lapin) aurait donné les résultats suivants :

1° Dans les états d'excitation, la toxicité du sérum sanguin est très augmentée, et serait dans une certaine mesure en proportion inverse de celle de l'urine chez le même individu. La mort de l'animal se produit avec des convulsions violentes et le plus souvent en opisthotonos.

2° Dans les états de dépression, la toxicité du sérum sanguin oscille autour de la normale et serait plutôt diminuée. Il ne semble pas y avoir de proportion entre la toxicité de l'urine et celle du sérum.

Comme on le voit, les résultats trouvés dans les deux formes symptomatiques opposées (excitation et dépression) ne nous fournissent, pas la preuve rigoureuse qu'exigerait la vérification de l'hypothèse. Néanmoins ils indiquent un trouble de nutrition profond, et qui ne serait pas le même dans les deux cas. Tout ce qu'on pourrait dire, c'est qu'il est permis de penser que ces troubles de nutrition interviennent, pour une part encore indéterminée, dans la genèse des troubles psychiques.

Pour ce qui est des autres formes de psychoses (et les deux principales que reconnaît la classification actuelle, sont le délire systématisé chronique et progressif, et la dégénérescence mentale avec toutes ses variétés), les recherches en question n'ont donné aucun résultat : dans ce cas, l'état humoral se montre identique ou sans différence caractéristique avec l'état humoral des gens normaux, et *à priori* il était facile de le prévoir. Ici les troubles organiques sont nuls ou insignifiants, et les troubles psychiques sont dus soit à des causes morales, soit surtout à une malformation congénitale du cerveau encore indéterminée, mais dont l'existence doit être logiquement admise. Le cerveau de cette catégorie de malades, ou plutôt d'infirmes, produit des phénomènes psychiques morbides, comme le cerveau des gens réputés sains d'esprit produit des phénomènes psychiques que nous appelons normaux. Ce sont des machines qui fonctionnent mal, parce qu'elles sont mal construites ; et il n'est pas besoin de chercher la cause de ce trouble fonctionnel dans un élément perturbateur étranger.

Nous avons omis de parler de la paralysie générale ; c'est qu'ici nous avons un élément supplémentaire compliquant la question : une lésion anatomique caractéristique. Le problème en est ainsi rendu encore plus difficile, et nous n'avons pas voulu l'aborder.

Nous avons jugé inutile de répéter la plupart

des recherches énumérées précédemment. Employant les mêmes procédés dans les mêmes conditions, nous n'eussions pu trouver que des résultats semblables à ceux déjà trouvés.

Toutefois il nous a paru intéressant de confirmer par nous-mêmes les conclusions citées plus haut, relatives à l'épilepsie. L'épilepsie, en effet, est de toutes les maladies mentales (comme nous l'avons dit, nous considérons la crise convulsive comme l'équivalent d'une bouffée délirante) la plus facile à étudier au point de vue de ses variations. Autant les variations d'un délire sont difficiles à saisir et surtout à rendre évidentes au moyen de la description, autant les manifestations de l'épilepsie sont faciles à constater et à mesurer quant au nombre et à l'intensité ; c'est là surtout qu'il est le plus simple de chercher les preuves d'une auto-intoxication.

Partant de là, il nous a semblé qu'on pouvait trouver dans les maladies mentales proprement dites des exemples analogues à ceux que nous offre l'épilepsie. Il existe, en effet, des malades chez lesquels apparaissent de temps en temps des troubles épisodiques d'agitation par exemple, qui viennent compliquer, par une superposition, le tableau de leur état mental habituel. Ces troubles, de même que ceux de l'épilepsie, sont indépendants de toute cause extérieure ; il est naturel de rechercher s'ils ne sont pas, eux aussi, sous la dépendance d'une auto-intoxication, ou d'une

façon plus générale, d'un trouble quelconque de nutrition. C'est dans ce sens surtout qu'il serait avantageux, croyons-nous, de rechercher l'auto-intoxication. Jusqu'ici on s'est borné à étudier l'état humoral de différents individus, suivant les différentes formes morbides qu'ils présentaient. Il nous semble qu'on pourrait, avec plus de fruit, étudier l'état humoral d'un même individu, suivant les phases diverses de son évolution morbide. Mais, pour mener à bien une pareille entreprise, il faudrait se livrer à des recherches nombreuses répétées et prolongées, qui exigeraient un outillage perfectionné, de nombreux animaux d'expérience, un long temps et des aides, toutes choses qui nous ont manqué. Cette entreprise est restée pour nous à l'état de projet. Néanmoins, avec les ressources dont nous avons pu disposer, nous nous sommes livrés à quelques recherches modestes dont voici le résultat.

Nous n'avons pas, comme nous l'avons déjà dit, observé de psychose infectieuse, ni de psychose viscérale, ce genre de maladies mentales ne se rencontrant pas habituellement dans les asiles. Nous savons qu'il y a eu récemment dans le service de notre maître. M. le Professeur Bernheim, plusieurs cas de psychoses liées à la fièvre typhoïde : nous regrettons de n'avoir pu l'étudier au point de vue de l'auto-intoxication. Toutefois nous observons tous les jours des maladies infectieuses et viscérales chez nos aliénés, et rarement

ces maladies intercurrentes produisent une modification de l'état mental. Quelquefois cependant les maladies infectieuses produisent une rémission ou même une guérison définitive d'un état psychique morbide. On rencontre une foule d'exemples de ce genre dans la littérature médicale, et nous ne voulons pas nous attarder à décrire tous ceux que nous avons observés. Nous avons néanmoins jugé à propos de donner quelques faits typiques qui nous ont frappé.

OBSERVATION I

Malade V..., 50 ans.

Manie chronique, loquacité intarissable, incohérence complète des idées, divagations de nature ambitieuse, sans systématisation : elle est en relations avec des archevêques, des ducs, le pape, à qui elle a donné des millions etc.

Cette malade, dont l'état physique est généralement bon, a été prise, aux environs du 16 janvier 1896, d'une néphrite aiguë qui a duré jusqu'à la fin du même mois. Pendant tout ce temps, la quantité moyenne de l'urine a été de 1500 par jour, et la densité 1015 ; elle était claire, mais contenait une grande quantité d'albumine. La malade était atteinte d'un œdème intense et généralisé, et présentait des symptômes de bronchite. Le 1^{er} février tous ces symptômes avaient disparu, et on ne trouvait plus trace d'albumine dans l'urine.

Cette malade a donc été auto-intoxiquée pendant une quinzaine de jours ; cependant nous n'avons constaté absolument aucune modification de son état mental habituel : elle n'était ni plus calme ni plus agitée, et présentait le même délire tranquille.

La même malade a été reprise le 7 mars des mêmes symptômes, avec nouvelle apparition de l'albumine dans l'urine, et nous n'avons encore une fois observé aucune modification de l'état mental. Et cependant nous avons affaire ici à une prédisposée et à une auto-intoxiquée.

OBSERVATION II

Malade C..., 44 ans.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Etat physique bon. Etat mental : mémoire conservée, idées systématisées de persécution, de richesse et de grandeur, avec exagération très accentuée du sentiment de la personnalité ; son mari lui veut du mal, elle est fille de Victor-Emmanuel, et elle doit épouser de hauts personnages, etc.

Cette malade, entrée à l'Asile le 31 janvier 1894, a présenté continuellement et d'une façon invariable les mêmes idées délirantes jusqu'aux environs du 15 décembre 1894, où elle fut atteinte d'une fièvre continue sans complications, et qui dura jusqu'au 20 février 1895, avec deux rechutes successives, le 15 janvier et le 2 février. Nous ne voulons pas décrire les symptômes de cette fièvre continue, qui furent d'ailleurs des plus banals ; mais ce qui nous a frappé, c'est que du jour où cette malade fut prise de la fièvre et se trouva alitée, elle ne manifesta plus d'idées délirantes. D'irritable qu'elle était auparavant, elle devint docile, et les sentiments affectifs reparurent. La fièvre terminée, l'amélioration persista, au point que la malade fut rendue à sa famille le 8 avril 1895.

Nous avons ici une amélioration, voire même une guérison, peut-être pas définitive, d'un état psychique morbide par une maladie infectieuse intercurrente. Il est vrai que nous

avons affaire ici à un délire de dégénérée, dont la caractéristique est, Magnan l'a montré, la fragilité et l'instabilité. Ce genre de délire disparaissant aussi facilement qu'il peut apparaître, sous l'influence des moindres causes occasionnelles. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'ici c'est la modification de l'état humoral (infection) qui a provoqué une modification favorable de l'état mental : par quel mécanisme ? La chose reste à chercher.

Nous n'avons pas étudié les urines, parce qu'alors nous ne pensions pas encore à l'auto-intoxication ; mais nous doutons que nous eussions pu trouver des résultats intéressants.

OBSERVATION III

Malade L..., 14 ans.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Constitution faible, tempérament lymphatique, pouls petit, régulier, égal. Asymétrie faciale. Réglée.

Etat mental : la malade ne répond à aucune question et ne parle pas spontanément (d'après des renseignements fournis par la famille, la malade aurait autrefois entendu et parlé). Elle se livre à des actes d'immoralité inconsciente. Cette malade entrée à l'Asile le 27 février 1894, avec le diagnostic d'idiotie, n'a pas tardé à manifester des crises convulsives, ce qui l'a fait admettre au quartier des épileptiques. Ses crises d'épilepsie sont assez fréquentes, et reviennent en moyenne tous les dix ou quinze jours.

Elle fut atteinte le 8 juin d'une fièvre continue, sans complication, sinon une éruption morbiliforme, due à l'antipyrine et qui dura huit jours, et qui alla jusqu'au 10 juillet. La température oscilla entre 38° et 39°. La malade qui tombait plusieurs fois par mois auparavant, n'eut pas une seule crise

convulsive pendant toute la durée de la fièvre, elle n'eut qu'un vertige. Mais ce qu'il y eut surtout de remarquable, c'est qu'elle se mit à causer parfaitement. Non seulement elle répondait bien aux questions posées, mais encore elle parlait spontanément, disant, il est vrai, beaucoup de grossièretés. Lorsque la sœur s'approchait d'elle : « La voici encore, s'écriait-elle, cette vilaine sœur Eléonore, etc. » On lui annonça la visite de sa mère : « Non, je ne veux pas la voir, maman ; je ne l'aime pas, parce qu'elle me donnait des coups de trique, etc. »

Lorsqu'elle entra en convalescence, elle retomba peu à peu dans son mutisme, d'où elle n'est plus sortie de peur. Les règles supprimées pendant la fièvre, reparurent deux mois après, ainsi que les crises fréquentes.

Nous n'avons pas non plus dans ce cas, examiné les urines.

Ici encore, il y eut une influence manifeste de l'état humoral sur l'état mental.

Ces deux dernières observations nous démontrent que l'auto-intoxication, si funeste la plupart du temps, peut quelquefois jouer un rôle bienfaisant ; c'est malheureusement l'exception. Aussi ne serait-il pas légitime de vouloir en faire un mode de traitement, comme cela a été tenté.

Quant au mode d'action de l'auto-intoxication dans ces cas favorables, il est tout aussi obscur que dans les autres, et nous renonçons à hasarder des hypothèses.

Passons maintenant aux recherches que nous avons faites sur l'épilepsie.

Jusqu'ici, il ne s'agit que d'observations clini-

ques; mais nous avons fait aussi quelques analyses chimiques et quelques recherches expérimentales. Voici quelques mots sur la technique que nous avons employée. Nous avons dosé l'urée par le procédé d'Esbach, et les chlorures par la méthode de Mohr. Nous nous sommes toujours servi des mêmes solutions titrées; ce qui rend nos résultats absolument comparables.

Pour nos recherches expérimentales, nous avons construit un appareil très simple, composé d'une éprouvette graduée en 100 c. c. A cette éprouvette était adapté un tube en caoutchouc, de 1 m. 50 de longueur, et formant syphon. L'une de ses extrémités plongeait au fond de l'éprouvette, et à l'autre était adaptée une aiguille de Pravaz. L'éprouvette était placée à 1 mètre au-dessus de l'animal en expérience. Nous avons toujours injecté l'urine des 24 heures, préalablement filtrée, puis portée et maintenue à une température de 40°. Nous avons fait nos injections dans la veine marginale de l'oreille. Nous devons dire ici que chez les lapins où cette veine était mal développée, notre aiguille en a traversé les parois, et qu'une partie du liquide (que nous évaluons à 10 c. c. environ) a fusé dans le tissu cellulaire. Mais l'injection se faisait d'une façon presque aussi rapide, et nous ne pensons pas qu'il y ait eu là une cause d'erreur notable. Quant aux animaux d'expérience, nous les avons pris de la même portée pour la même série, de façon à diminuer autant que possible les chances d'erreur

résultant de l'idiosyncrasie individuelle. Nous étant ainsi placés toujours dans les mêmes conditions d'expérimentation; nous croyons avoir rendu nos résultats aussi comparables que possible.

Nous allons maintenant exposer ces résultats :

Pour ce qui est de l'épilepsie, nous avons cherché à contrôler les résultats obtenus et signalés plus haut. Voici ce que nous avons trouvé :

Pendant 15 mois, nous nous sommes livrés à la fastidieuse besogne de noter tous les jours la quantité et la densité de l'urine de plusieurs épileptiques (six), ce qui nous donnait une idée approximative de l'élimination : la quantité des excréta étant la raison inverse de la quantité de liquide urinaire, et en raison directe de la densité. Nous avons noté en même temps avec soin l'état de nos malades : agitation, calme, accès de jour, accès de nuit, etc. Nous avons établi les causes de ces différents phénomènes. Eh bien, nous n'avons trouvé aucune concordance entre ces causes. Nous jugeons inutile de donner le détail de ces résultats négatifs. La seule chose digne de remarque que nous ayons constatée est celle-ci : d'une façon générale, la quantité d'urine quotidienne est supérieure à la normale (1500), et densité moyenne inférieure (1014).

Nous avons fait aussi quelques analyses chimiques (dosage de l'urée et des chlorures) et voici ce qu'elles nous ont donné.

OBSERVATION I

Malade P..., 26 ans, épileptique avec délire violent ; entré à l'Asile en 1889.

15 décembre 1895. — Commencement d'une série d'accès qui dure jusqu'au 2 janvier 1896, avec une moyenne de deux accès par jour, se produisant de préférence la nuit.

Q. : 1300	Urée : 6,55 (par litre.)
D. : 1016	Chlorure : 10,6 —
16 décembre.— Q. : 1350	Urée : 7,85 —
D. : 1012	Chlorure : 12,2 —
17 décembre.— Q. : 1350	Urée : 7,50 —
D. : 1011	Chlorure : 8 —
18 décembre — Q. : 500	Urée : 16,6 —
D. : 1025	Chlorure : 15,5 —

Nous avons pris le même malade pendant une période de calme : du 17 au 25 janvier, elle n'a aucun accès ni aucune agitation. Nous notons :

22 janvier.— Q. : 1368	Urée : 7,30
D. : 1017	Chlorure : 13,5
23 janvier.— Q. : 1250	Urée : 5,60
D. : 1019	Chlorure : 13,5
24 janvier — Q. : 1500	Urée : 4,60
D. : 1019	Chlorure : 12,7

OBSERVATION II

Malade D..., 26 ans, épileptique avec délire violent, intermittent ; entrée à l'asile en 1889.

La malade a eu deux accès diurnes, le 2 février, et un accès le 3 et le 4 ; elle n'en a plus avant le 23 du même mois. Voici ce que nous donne l'examen de l'urine :

3 février. — Q. : 1750.	Urée : 3,30
D. : 1009.	Chlorure : 5,50
4 février. — Q. : 1470.	Urée : 4,80
D. : 1009.	Chlorure : 9,00
5 février. — Q. : 1500.	Urée : 4,80
D. : 1011.	Chlorure : 5,70

Nous prenons la même malade pendant une longue période de calme qui commence le 29 février 1896 et qui dure encore le 11 mars. L'examen de l'urine nous donne :

10 mars. — Q. : 640	Urée : 7,45
D. : 1013	Chlorure : 18,50
12 mars. — Q. : 700	Urée : 8,80
D. : 1015	Chlorure : 9,50

OBSERVATION III

Malade M..., 46 ans, épileptique, strabique, encore réglée.

Période de calme s'étendant du 30 novembre au 13 décembre 1895.

7 décembre. — Q. : 1300	Urée : 6,80
D. : 1015	Chlorures : 12,20
8 décembre. — Q. : ?	Urée : 7,85
D. : 1018	Chlorures : 15,20
9 décembre. — Q. : 1650	Urée : 11,20
D. : 1012	Chlorures : 9,50
10 décembre. Q. : 800	Urée : 6,32
D. : 1018	Chlorures : 13,90

Période d'accès ayant commencé le 9 mars. Le 11, 2 accès.

Q : 1500	Urée : 6,30
D : 1012	Chlorures : 9,50

Le plus simple coup d'œil jeté sur ces résultats montre qu'il n'y a eu aucun parallélisme non plus, entre l'élimination des éléments que nous avons dosés et l'état de nos malades. (Crises, agitation, calme).

Nous avons fait aussi des injections d'urine à des lapins et voici ce que nous avons observé :

Malade P..., signalé plus haut.

14 décembre 1895, 3 accès nocturnes (commencement d'une période d'accès qui va jusqu'au 3 janvier 1896, avec une moyenne de 2 accès par 24 heures, se produisant de préférence la nuit).

Urines des 24 heures.

Q : 1300 urée 7,20.

D : 1015 chlorures 11.

Ni sucre ni albumine.

EXPERIENCE I.

Lapin gris. Poids : 3 k. 280. T. 40°.

Injection commencée à 4 h. 25'.

4 h. 30' : 39°,8 secousses.

4 h. 40' : 50 cc. — 39°,6. — R : 54. Secousses spontanées.

4 h. 50 : 80 cc. — 39° 5. — R : 45.

5 h. : 150 cc. — 39°,3. — R 45, Secousses. Défécation.

Persistance du réflexe cornéen.

5 h. 5. : 200 cc. — 38° 1.

5 h. 15. : 250 cc. — 39°,1. Défécation.

5 h. 30 : 360 cc. — 38° 9. L'animal réagit vivement aux moindres excitations.

5 h. 40. : 400 cc. — 38°,9. — R : 45.

L'animal détaché s'agite quelque temps, puis tombe et reste

affaissé, la tête couchée sur le côté gauche. Il est pris d'une diarrhée profuse ; il est très irritable et crie dès qu'on le touche. Mort dans la nuit suivante.

AUTOPSIE.

Poumons rosés. — Foie congestionné, friable. — Reins normaux. Le cœur contient des caillots dans les deux ventricules. — Vessie vide.

Nous prenons de l'urine de la même malade pendant une période de calme absolu, qui s'étend du 25 au 16 janvier.

Urines du 22 janvier 1896. Q : 1360 urée 7,30.

D : 1017. chlorures 13,5.

Ni sucre ni albumine.

EXPERIENCE II.

Lapin gris. P. 3 k. 350. T. 39°,5

Injection commencée à 3 h. 30.

3 h. 35. — 50 cc. — T. 39°,4.

3 h. 40. — 100 cc. — T. 39°2 respiration pénible : 22 par 1'.

3 h. 45. — 180 cc. — T. 38°8 secousses vives.

4 h. — 250 cc. — T. 38°,4, secousses violentes répétées, myosis.

4 h. 05. — 290 cc. — T. 38°2, la respiration s'arrête ; le cœur cesse de battre quelques secondes après.

AUTOPSIE.

Vessie remplie aux $\frac{3}{4}$ — foie congestionné, violet intense.

Poumons pâles, anémiés : une ecchymose à la partie postero-interne du poumon gauche. — Les deux ventricules contiennent quelques caillots mous. Reins congestionnés.

Nous voyons donc que l'urine de la période de calme s'est montrée sensiblement plus toxique que l'urine du commencement d'une longue période d'accès. Ces deux urines ne différaient pas sensiblement au point de vue des caractères physiques et chimiques que nous avons constatés, et cependant 400 cc. de la première injectés dans une intervalle d'une heure 151' à un lapin de 3 kil. 280 n'ont pu amener la mort immédiate, tandis que 280 cc. de la seconde injectés dans l'intervalle d'une demi-heure ont amené la mort immédiate, avec un assez bruyant cortège de symptômes convulsifs.

Cette première série d'expériences, portait sur une malade tombant très souvent, et d'une façon irrégulière. Nous avons fait une deuxième série d'expériences portant sur une malade tombant assez régulièrement tous les mois, aux environs de l'époque menstruelle.

Malade D..., signalée plus haut.

La malade a eu un dernier accès le 4 janvier 1896, qui terminait une période ayant commencé le 27 décembre 1895; elle est réglée le 19 janvier ; les règles durent 4 jours ; le 2 février commence une nouvelle période d'accès qui dure jusqu'au 5, avec une moyenne d'un accès diurne par 24 heures. Nous expérimentons avec les urines du 3 février.

Q : 1750 urée : 3,30.

D : 1009 chlorures : 5,50.

EXPÉRIENCE III.

Lapin roux. P. 3 kil. 740. T. 39°1. R. 351'.

Injection à 3 h. 55 ; à 4 h. 10, 100 c.c. sont injectés. T. 38°.
4 h. 18' : 150 c.c.

4 h. 20' : 200 c.c. T. 37°5.

4 h. 23' : 250 c.c. — Défécation ; pas de convulsions.

4 h. 26' : 300 c.c. ; miction. Défécation, secousses.

4. h. 30' : 340 c.c. — Mort.

AUTOPSIE.

Tous les organes sont pâles et décolorés (poumons, foie et reins) ; le cœur et la vessie sont vides.

Nous avons injecté des urines de la même malade pendant une période de calme : elle avait traversé une dernière période d'accès, ayant duré du 25 février au 2 mars 1896 ; depuis, elle est relativement tranquille.

Urines du 11 Mars Q : 700 urée..... 8,80.

1015 chlorures 9,50.

EXPÉRIENCE IV

Lapin roux. P. 2 kil. 725, T. 40°. R. 42.

Injection commencée à 3 heures 55.

4 h. 3' : 50 c.c., respiration difficile et ralentie ; secousses.

4 h. 8' : 100 c.c., secousses.

4 h. 12' : 120 c.c., respiration stertoreuse ; mort après 2 convulsions épileptiformes violentes.

AUTOPSIE.

Les poumons sont couverts sur toute leur surface, notamment à leur partie postéro-inférieure d'ecchymoses, multiples et confluentes ; foie congestionné, couvert de taches

rouge-noir. Caillots mous dans les deux ventricules. Vessie à moitié pleine.

Nous voyons qu'ici encore l'urine de la période de calme s'est montrée beaucoup plus toxique que celle de la période d'accès, même en tenant compte de la dilution plus grande des principes toxiques qui existait dans la première urine.

Ces deux séries d'expériences confirment les résultats obtenus par le Docteur Voisin, et signalés plus haut. Il resterait à étudier la toxicité des phases intermédiaires : nous regrettons de ne l'avoir pas fait.

Nous n'avons pas fait de recherches sur la manie, la lypémanie, ni les autres formes d'aliénation mentale, puisque cela était fait. Toutefois, il nous a paru intéressant de rechercher si certains troubles épisodiques (d'agitation), survenant chez certains malades, ne coïncidaient pas avec des troubles de nutrition, et voici ce que nous avons observé :

Malade. C. (femme) 30 ans.

Entrée à l'asile le 58 juin 1895.

Les antécédents héréditaires et personnels sont inconnus. Les renseignements que peut nous fournir la malade à ce sujet n'ont aucune valeur. Quant à l'histoire de la maladie actuelle, nous ne pouvons mieux la raconter qu'en reproduisant fidèlement le certificat médical d'admission :

Au moment où j'approchais de la maison habitée par cette fille, je l'entendais pousser des cris violents et colères qui cessèrent dès que je fus introduit auprès d'elle dans la cellule qu'on a été obligé de construire pour la mettre hors d'état de nuire ; je la trouvai couchée sur un lit tout en désordre, demi-nue et échevelée. Elle ne consentit à parler qu'au bout d'un instant. L'ayant décidée à venir dans une chambre voisine, je la vis d'abord regarder de tous les côtés,

et en apercevant deux gravures suspendues au mur, elle s'écria : « Voilà le bon Dieu, là-bas c'est la sainte Vierge. » Après différentes questions, tendant à reconnaître un délire mystique, je m'aperçus qu'il n'était pas fondé. Subitement la malade exprima d'autres idées ; elle dit qu'elle entendait sa mère qui l'appelait à son secours d'une autre chambre, et elle criait toute effrayée, sous le coup d'une illusion sensorielle ou d'une hallucination : « Ma mère ! »

Des idées de persécution la préoccupent de temps à autre ; il lui arrive de ne vouloir accepter les autres aliments qu'après qu'une autre personne en a goûté ; elle dit quelquefois qu'on veut l'empoisonner. Comme elle avait demandé à boire, on lui apporta du lait qu'elle ne but qu'après l'avoir minutieusement examiné.

Toutefois les idées de persécution ne sont pas persistantes ni dominantes et durables ; un instant après, elles font place à des idées érotiques. Ainsi la variabilité des sentiments est très prononcée. Tout à l'heure elle pleurait sa mère ; peu après, je l'entendis se répandre en imprécations de toutes sortes contre elle. Dans la sphère des actes, l'excitation est très marquée ; elle déchire ses vêtements, ses couvertures, et frappe les personnes qui l'entourent d'une façon impulsive, car elle m'a dit que quand elle le faisait ce n'était pas par vengeance, ni pour aucun motif, mais parce que « ça lui disait de faire ainsi », et quand « les idées mauvaises étaient passées » elle le regrettait, mais n'était pas libre. L'ensemble des troubles intellectuels et moraux de la susnommée se rapporte à la manie chronique, avec accès intermittents associés à la menstruation, laissant entre chaque période un intervalle de lucidité et de tranquillité relative qui dure de 8 à 15 jours.

Le début de la maladie, d'après la famille et les voisins, serait antérieur à l'apparition des règles et remonterait à l'enfance.

A son entrée, la malade se trouve dans une période de calme et ne présente que de la débilité mentale. Elle répond bien aux questions simples, mais ne peut tenir une conversation suivie. Bien qu'ayant fréquenté l'école, elle ne connaît pas la date de sa naissance et ignore dans quel mois nous sommes. Elle s'occupe assez régulièrement à des travaux d'ordre inférieur (tricot, etc.). Les sentiments affectifs paraissent nuls.

Au point de vue physique, l'examen des différents appareils et organes reste négatif. On constate deux signes de dégénérescence physique : un front fuyant et l'adhérence du lobule de l'oreille.

Depuis son entrée à l'asile, la malade est atteinte assez régulièrement chaque mois d'accès, qui coïncident à peu près, mais pas toujours avec les époques menstruelles et qui durent plus longtemps qu'elles. Pendant ces périodes, la malade parle, crie, chante, pleure le jour et la nuit ; elle profère des injures contre ces invisibles (hallucinations), mais ne répond à aucune question ; elle s'agite, brise ce qui lui tombe sous la main et cherche à frapper ses compagnes, à tel point qu'on doit lui mettre la camisole pour l'empêcher de se nuire à elle-même et aux autres. Elle refuse les aliments et mange très difficilement. Les fonctions digestives sont d'ailleurs troublées : la langue est saburrale, l'haleine fétide et il existe une légère constipation.

Dans l'intervalle de ces crises, la malade est parfaitement calme, mais reste évidemment toujours une débile, au point de vue mental : elle ne présente toutefois ni hallucination ni idées délirantes.

Comme ces crises d'agitation surviennent sans cause extérieure appréciable, nous avons eu l'idée de rechercher si on ne pouvait pas les rattacher à l'auto-intoxication, ou d'une façon plus générale à un trouble de nutrition, et voici ce que nous avons trouvé.

Nous n'avons commencé à étudier la malade en détail

qu'à partir du 6 février 1896. Nous avons observé parallèlement l'état mental de la malade, son état physique, ainsi que l'état de ses urines au point de vue des propriétés physiques et chimiques que nous avons recherchées et de son degré de toxicité.

7 février. Malade très agitée. Régée depuis 3 jours. T. 36° 4. P. 83. Urines troubles, foncées. Q : 300. D : 1032. Ur. 36. Chl. : 8,6.

8 fév. Même état; Q : 300. D : 1035. Ur : 22,4. Chl. : 8,6. T. 37° 6. P. 88.

9 fév. Même état. T. 36° 9. P. 69. Ur : 16. Chl. : 9. Q : 330. D : 1034.

10 fév. 37° 7. P. 80. Ur : 10,30. Chl. : 20. Q : 420. D : 1033.

11 fév. Les règles cessent. T. 37°. P. 73. Q : 420. D : 1030.

12 fév. T. 36° 8. P. 72. Q : 540. D : 1015. Ur : 14. Chl. : 18,50.

13 fév. La malade est moins agitée, mange plus facilement, mais ne s'occupe pas encore. T. 36° 5. P. 79. Q : 700. D : 1023. Ur : 11,5. Chl. : 18.

14 fév. La malade est calme, répond bien aux questions, et s'occupe. T. 37° 2. P. 78. Q : 1500. D : 1009; l'urine est claire. Ur : 4,30. Chl. : 10,50.

15 fév. Même état. Q : 700. D : 1019. Urine claire. Ur : 6,30. Chl. : 10,40.

16 fév. Calme. Q : 1400. D : 1011. Ur : 9,30. Chl. : 11.

17 fév. T. 37°. P. 80. Q : 1000. D : 1013. Ur : 5,80. Chl. : 7,50.

18 fév. T. 37° 4. P. 80. Q : 1500. D : 1010. Ur : 6. Chl. : 8.

19 fév. La malade recommence à s'agiter. T. 37° 4. P. 78. Ur : 2,80. Chl. : 6.

20 fév. Malade très agitée. T. 36° 5. P. 80. Q : 400. D : 1020. Ur : 13,8. Chl. : 10,6. Urines troubles et foncées.

21 fév. Malade plus agitée. T. 36° 6. P. 74. Q : 400. D : 1028. Ur : 12,2. Chl. : 10,6.

22 fév. Même état. T. 36° 5. P. 74. Q : 200. D : 1029. Ur : 21. Chl. : 8.

23 fév. Même état. T. 36° 8. P. 70. Q : 360. D : 1031.
Ur : 22,2. Chl. : 14.

24 fév. Q : 350. D : 1030. T. 37°. P. 78. Ur : 34. Chl. : 13,5.

25 fév. T. 36° 8. P. 72. Q : 400. D : 1030. Ur : 15,5. Chl. : 17.

26 fév. T. 37° 1. P. 72. Q : 540. D : 1029. Ur : 24. Chl. : 16.

27 fév. T. 37°. P. 80. Q : 480. D : 1024. Ur : 10,4. Chl. :
18,5. La malade est moins agitée.

28 fév. La malade redevient calme, mange et s'occupe
volontiers, et répond aux questions. T. 36° 8. P. 78. Q : 1500.
D : 1013. Ur : 5,60. Chl. : 11,5. L'urine est claire.

29 fév. Même état. T. 37°. P. 64. Q : 1050. D : 1022. Ur :
12,3. Chl. : 16,5.

1^{er} mars. T. 37°. P. 62. Q : 910. D : 1021. Ur : 9,10. Chl. :
17. Les règles commencent.

2 mars. T. 37°. P. 62.

2 mars. T. 37° P. 62. Q : 1250. D : 1016. Ur : 6,55.
Chl : 14,5.

3 mars. T. 37° P. 60. Q : 1200. D : 1011. Ur : 6,30.
Chl : 9,5.

4 mars. T. 37° P. 60. Q : 700?. D : 1020. Les règles
finissent.

5 mars. T. 37° P. 60. Q : 1040. D : 1023.

6 mars. T. 37° P. 60. Q : 1150. D : 1015. Ur : 5,55.
Chl : 11.

7 mars. T. 37° P. 60. Q : 800. D : 1022.

8 mars. T. 37° P. 60. Q : 1000. D : 1016. Ur : 7,05.
Chl : 10,5.

9 mars. T. 37° P. 64. Q : 1320. D : 1012.

Pendant toute cette période, la malade reste très calme,
mange et s'occupe régulièrement.

Si l'on veut se donner la peine de voir cette observation en
détail, on constatera une relation très nette entre l'état men-
tal de la malade et l'état de son urine. Lorsque la malade est
calme, l'urine est abondante, claire, de densité normale; la

quantité d'urée par litre est inférieure à la normale ; lorsque la malade est agitée, l'urine est rare, très dense, trouble, et foncée en couleur ; la quantité d'urée par litre est de beaucoup supérieure à la normale. Dans aucun cas, nous n'avons trouvé dans ces urines ni sucre, ni albumine ; le précipité troublant ces urines était composé de phosphates et d'urates. Il eût été intéressant d'analyser aussi les phosphates et l'acide urique ; mais ces procédés d'analyse sont beaucoup plus longs et plus délicats, et nous n'avons pu tout faire.

Entre ces deux extrêmes existent tous les intermédiaires, et à mesure que la malade passe de l'état d'agitation à l'état de calme, ou inversement, on voit l'urine subir des variations parallèles et dans le même sens, au point de vue de ses propriétés physiques et chimiques. Il existe, par exemple une gamme colorée des urines successives, qui marquent d'une façon assez exacte le degré d'agitation du sujet. C'est au point qu'à la simple vue de l'urine, on peut induire à coup sûr l'état mental de la malade.

Cette observation nous montre encore que l'agitation n'est pas liée nécessairement à la menstruation, puisque les dernières règles sont survenues pendant une période de calme.

Nous avons fait aussi des recherches expérimentales avec les urines en question.

EXPÉRIENCE I

Nous avons pris la malade au milieu d'une période d'agitation.

Urines du 9 février. — Q : 330. Ur : 16.
D : 1034. Chl : 9.

Lapin gris. Poids, 3 kil. T. 39°5. R. 40 par 1.

Injection commencée à 3 heures 50.

A 4 heures, 70 c. c. d'urine sont injectés. L'animal est pris de convulsions chroniques intenses généralisées. Mort.

AUTOPSIE.

Vessie remplie. Cœur droit et cœur gauche en diastole. Poumon rose. Foie et reins normaux.

EXPÉRIENCE II

Nous prenons le même malade au milieu d'une période de calme.

Urines du 8 mars. Q : 1000 D : 1016 Ur. : 7,05 Cl. 10,5

Lapin gris. Poids, 3 kil. 120. T. 39°. R. 40 par 1'

Injection commencée à 8 heures 40.

8 heures 50 : 50 c. c. R. 45.

9 heures... : 100 c. c. T. 38°5, animal tranquille.

9 heures 10 : 150 c. c. T. 38°, défécation.

9 heures 20 : 200 c. c. Respiration difficile ; 30 par 1'.

9 heures 25 : 250 c. c. T. 37° 5. Respiration plus pénible, quelques secousses.

9 heures 32 : 300 c. c. T. 37°.

9 heures 40 : 350 c. c. T. 37°. R. 45.

9 heures 48 : 485 c. c. T. 37°, secousses.

L'animal est détaché ; il urine abondamment, et se tient ramassé sur lui-même ; pas de paralysie.

1 heure 50 : T. 38°6 R. 88, sifflante.

5 heures... : T. 38°1 R. 84.

Mort dans la nuit suivante.

AUTOPSIE.

Poumons congestionnés, cœur droit contenant des caillots cruoriques, cœur gauche vide, foie congestionné. Reins normaux, vessie vide.

Nous voyons que l'urine de la période d'agitation s'est montré plus toxique que l'urine de la période de calme, même en tenant compte de la dilution différente. Cela prouverait que dans la période d'agitation, les humeurs sont plus toxiques que dans la période de calme. Mais eussions-nous trouvé un résultat contraire qu'il eût été facile de l'interpréter encore dans le sens de l'auto-intoxication. Nous aurions pu dire alors que les produits toxiques sont retenus pendant l'agitation, d'où hypotoxicité de l'urine et éliminées pendant la période de calme, d'où hypertoxicité.

Nous ne pouvons donc accorder une grande valeur démonstrative à nos résultats expérimentaux.

Quoi qu'il en soit une chose est certaine, c'est que l'état mental de notre malade est nettement lié à un trouble de nutrition. Maintenant, de ces deux termes, lequel est la cause, lequel l'effet ? Nous n'avons aucun moyen de le trouver à coup sûr. Toutefois, il nous semble plus rationnel de faire dépendre le trouble mental du trouble physique.

Nous avons observé aussi chez une démente sénile, âgée de 73 ans, un accès d'agitation maniaque ayant duré trois semaines, et nous avons constaté des modifications de l'urine semblables à

celles que nous venons de décrire. Nous ne voulons pas nous attarder à en donner le détail.

Nous avons aussi noté, le cas échéant, l'état de l'urine de plusieurs de nos malades habituellement tranquilles et chez qui survenait, sans cause appréciable, un accès d'agitation; très souvent dans ces cas, nous avons trouvé des modifications correspondantes du liquide urinaire: nous regrettons de n'avoir pu les étudier d'une façon suffisamment détaillée et prolongée; mais nous sommes convaincus que ce genre de recherches fournirait des résultats intéressants, et, c'est par là que nous terminerons nos réflexions.

CHAPITRE V

LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES. — HYPOTHÈSES CONNEXES. — CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Il ne suffirait pas d'avoir démontré le rôle de l'auto-intoxication dans les maladies mentales ; il faudrait encore rechercher : d'une part, d'où vient cette auto-intoxication elle-même, et d'autre part, par quel mécanisme elle provoque l'apparition des phénomènes psychiques morbides. L'auto-intoxication, en effet, doit être considérée comme un terme particulier, d'une série de causes et d'effets, et il y aurait lieu d'établir ses relations avec les termes qui la précèdent et les termes qui la suivent ; mais, jusqu'ici, on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses : c'est ce que nous appellerons les hypothèses connexes.

Et d'abord par quel mécanisme l'auto-intoxication peut-elle produire des phénomènes psychiques morbides ? Nous retombons ici dans la question du dynamisme cérébral, et nous avons dit précédemment que nous néglignons ce côté de la ques-

tion, parce que les hypothèses qu'on y peut faire ne sont susceptibles actuellement d'aucune vérification. Que sait-on, en effet, du mode d'action sur le cerveau d'un toxique bien déterminé ; l'alcool, par exemple ? Absolument rien. A plus forte raison en serait-il de même des toxiques que nous étudions, et dont l'existence est encore hypothétique ?

Reste à chercher, maintenant, les sources de l'auto-intoxication elle-même. De ce côté, on ne s'est pas fait faute d'imaginer une foule d'hypothèses, qui ont un certain degré de vraisemblance. On a pu incriminer, avec quelque raison : l'infection, les troubles gastro-intestinaux, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale. Dans ces cas, l'auto-intoxication aurait lieu par production nouvelle ou exagérée de substances toxiques, par absence ou insuffisance de destruction ou d'élimination de ces mêmes substances toxiques. Mais ces hypothèses ne peuvent être basées que sur la constatation d'une maladie infectieuse, d'un état gastro-intestinal, d'une affection du foie ou des reins.

Lorsque ces faits nous manquent, et les cas en sont nombreux, il ne nous reste plus pour expliquer l'auto-intoxication que les phénomènes de nutrition en général, c'est-à-dire l'assimilation et la désassimilation augmentées, diminuées ou perverses. On voit d'ici quelle foule d'hypothèses peuvent surgir. Nous nous arrêterons dans cette voie :

nous avons seulement voulu marquer la place de l'auto-intoxication dans les phénomènes organiques, et montrer que cette question n'est qu'un cas particulier du grand problème de la nutrition en général.

Quelles peuvent être maintenant les conséquences pratiques de la théorie au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique ? Puisque la théorie reste encore à l'état d'hypothèses, elles ne peuvent être que nulles. Aussi nous semble-t-il téméraire et tout au moins prématuré de vouloir décrire, comme on l'a fait, les signes cliniques des folies par auto-intoxication (1).

Quant aux conséquences thérapeutiques, s'il n'est pas défendu d'essayer le traitement rationnel de l'auto-intoxication, lorsqu'on la suppose, à l'aide de moyens, sinon efficaces, du moins inoffensifs, tels que l'antiseptie gastro-intestinale, les purgatifs à dose modérée, les diurétiques (2), etc., il nous paraîtrait condamnable de pousser la logique jusqu'au point d'employer des procédés qui pourraient être dangereux, tels que des saignées abondantes, ou des transfusions. L'expérience, d'ailleurs, démontre que tous ces procédés thérapeutiques sont généralement sans effet (ce qui ne serait pas une preuve de l'auto-intoxication) et jamais on n'a cité d'épileptique, par exemple, qui se soit

(1) Dr Legrain.

(2) Traitement du docteur Voisin, dans l'épilepsie.

guéri par l'usage et même par l'abus des antiseptiques, des purgatifs, des diurétiques, de la saignée même, en un mot de tout ce qui peut évacuer la matière peccante.

Cette absence de résultats thérapeutiques, ne doit, d'ailleurs, nous donner aucun préjugé contre l'auto-intoxication. On sait, en effet, combien nous sommes désarmés contre l'intoxication en général, lorsque le poison est répandu dans l'économie : toutes les ressources de la thérapeutique restent impuissantes devant un individu intoxiqué par la morphine, par exemple.

CHAPITRE VI

LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES. — CONCLUSIONS.

De cette revue générale, peut-être un peu trop rapide et sommaire, peut-être pas assez chargée de noms, de chiffres, de tableaux (d'autres l'avaient fait avant nous), nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° On ne peut affirmer ou nier d'une façon certaine le rôle de l'auto-intoxication dans les maladies mentales.

2° Dans les cas où ce rôle semble probable, l'auto-intoxication n'est pas le facteur unique de la psychose.

3° Les cas où l'auto-intoxication semble jouer un rôle sont, par ordre de probabilité décroissante : les psychoses des maladies infectieuses et viscérales, l'épilepsie, la manie et la lypémanie aiguë, les troubles épisodiques survenant sans cause extérieure appréciable dans les psychoses chroniques. Quant aux autres maladies mentales (délire systématisé chronique et délires des dégénérés), le rôle de l'auto-intoxication semble nul.

4° L'auto-intoxication admise, il resterait à établir son origine et son mode d'action.

5° La théorie des auto-intoxications dans les maladies mentales, n'étant encore qu'une hypothèse sans démonstration rigoureuse, ne peut avoir de conséquences pratiques, au point de vue du diagnostic et du traitement.

Comme on le voit, nous n'avons tiré aucune conclusion certaine et définitive. La théorie des auto-intoxications reste pour nous une hypothèse, que quelques faits seulement semblent confirmer, tandis que la plupart, nous ne dirons pas l'infirmement, mais sont impuissants à nous déterminer, soit pour la positive, soit pour la négative. Même dans les cas où cette hypothèse semble probable, elle ne peut être admise sous la forme absolue que nous lui avons donnée ; on doit lui ajouter un correctif, et elle prend alors la forme de la troisième hypothèse que nous avons émise au sujet de la pathogénie de la folie en général ; la cause organique de la folie réside à la fois dans une structure spéciale du cerveau et dans une composition particulière du milieu intérieur.

Nous sommes donc bien loin de partager l'enthousiasme exprimé dans un véritable dithyrambe du Docteur Charpentier « à propos des auto-intoxications dans les maladies mentales ».

« Le jour, nous dit cet auteur, où les rapports entre les auto-intoxications et les maladies mentales seront complètement élucidés, on verra

combien faibles était la théorie de la folie héréditaire, la théorie de la dégénérescence mentale, les théories des dégénérés, théories qui ont encore la prétention de tout expliquer en pathologie mentale, non-seulement les symptômes quand ils existent, mais même leur absence quand ceux-ci n'existent pas.

« Entre ces thèses qui conduisent fatalement à avouer notre impuissance à lutter contre des résultats de causes séculaires, et la théorie des auto-intoxications mentales qui permet d'espérer de détruire les effets des toxiques sur le cerveau, soit en détruisant les agents toxiques, soit, ce qui me paraît plus raisonnable, en préservant les tissus cérébraux contre l'action de ces toxiques, nul doute ne restera entre ces théories, nulle hésitation ne se fera sentir dans la recherche des moyens.

« L'hygiène cérébrale, branche de l'hygiène générale, permettra de diminuer la fréquence de ces auto-intoxications et en tout cas d'en réduire les effets ; l'éducation, branche de l'hygiène cérébrale, permettra d'abandonner les exagérations croissantes des doctrines de l'irresponsabilité et de réduire celle-ci à la démence seule. Ces exagérations de doctrine ne sont d'ailleurs que des conséquences fatales de celles de l'hérédité pathologique et de la dégénérescence mentale ; il y aura alors des pensionnats pour l'enfance et l'adolescence idiote

et imbécile, de vraies salles d'hospice pour les troubles mentaux relevant des auto-intoxications et des maisons d'isolement ou de correction pour les adultes qui n'auront pas su ou n'auront pas voulu s'adapter aux lois hygiéniques de l'éducation cérébrale ; quant aux dégénérés on n'en parlera plus et, pour employer une expression consacrée, ce sera justice. »

Nous ne croyons guère à l'avènement de cet âge d'or, où l'on pourrait, en empêchant ou en neutralisant l'auto-intoxication, prévenir ou guérir les maladies mentales. Nous espérons cependant qu'un jour viendra où l'on pourra donner la preuve rigoureuse de l'auto-intoxication là où elle existe. Comme nous l'avons vu, cette question n'est qu'un cas particulier du problème de la nutrition, qui n'est lui-même qu'un problème de chimie. C'est donc à celle-ci qu'il appartiendra de donner la solution cherchée. Mais ces procédés actuels sont encore trop grossiers pour nous fournir des faits probants. Les chimistes qui avaient étudié l'air depuis si longtemps, étaient, jusqu'aujourd'hui, passés à côté d'un élément important, l'argon, sans y prendre garde. Que doit-il en être, lorsqu'il s'agit de composés aussi complexes que les liquides de l'organisme et de leurs combinaisons intra-cellulaires ?

En résumé, notre état d'âme actuel sur la question de l'auto-intoxication dans les maladies men-

tales ne peut être que l'ignorance et le doute. A notre grand regret, nous sommes obligés de conclure par l'*ignoramus* du philosophe ; nous n'oserions et nous ne voudrions pas y ajouter son *ignorabimus*.

Vu :

Nancy, le 16 Mars 1896.

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

Vu

et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 Mars 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CLAUDE BERNARD. — Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

WUNDT. — Eléments de psychologie physiologique.

FOUILLÉE. — L'évolutionnisme des idées forcées.

BOUCHARD. — Leçons sur les maladies par auto-intoxication.

Congrès de médecine mentale de 1893. — Rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les auto-intoxications dans les maladies mentales (ce rapport contenant toute la bibliographie concernant cette question, nous y renvoyons pour plus amples informations).

VOISIN ET PETIT. — De l'intoxication dans l'épilepsie, Archives de Neurologie (nos d'avril, mai, juin, juillet et août 1895).
